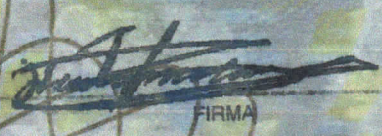


REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10013928**

**CARDONA DAVILA**  
APELLIDOS

**HECTOR FABIO**  
NOMBRES

  
FIRMA



  
INDICE DERECHO

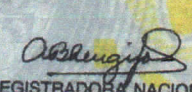
FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1979**  
**PEREIRA**  
(RISARALDA)

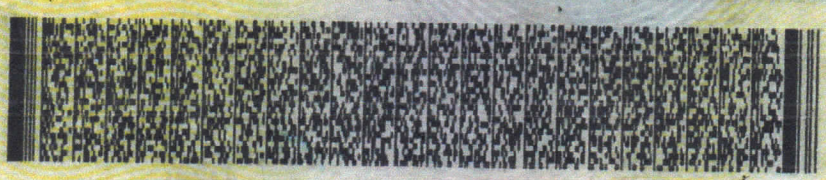
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.69**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

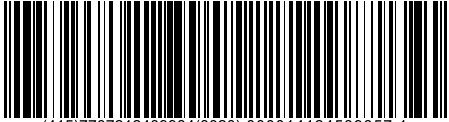
**16-FEB-1998 PEREIRA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

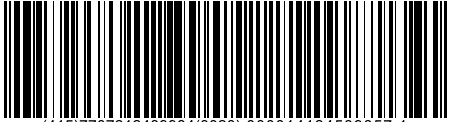
  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMAGEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-2400100-54108423-M-0010013928-20030425 0329603106A 01 128645683

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |                                                          |                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario   |                                                          | 001                                   |  |
| 2. Concepto 02 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |                                                          | 4. Número de formulario 141245393571  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 10013928                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                                                          | 6. DV 2                               |  |
| 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Pereira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |                                                          | 14. Buzón electrónico 16              |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía |                                                          | 26. Número de Identificación 10013928 |  |
| 28. País COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 29. Departamento Risaralda                 |                                                          | 30. Ciudad/Municipio Pereira          |  |
| 31. Primer apellido CARDONA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 32. Segundo apellido DAVILA                |                                                          | 33. Primer nombre HECTOR              |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 34. Otros nombres FABIO                    |                                                          |                                       |  |
| 36. Nombre comercial FULLRECARGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 37. Sigla                                  |                                                          |                                       |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 38. País COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 39. Departamento Risaralda                 |                                                          | 40. Ciudad/Municipio Pereira          |  |
| 41. Dirección principal CL 21 3 76 LC 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 42. Correo electrónico fullrecargaspereira@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 44. Teléfono 1 6063349807                  |                                                          | 45. Teléfono 2 3117724976             |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                                                          | Ocupación                             |  |
| 46. Código 4741                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 48. Código 4752                            |                                                          | 51. Código                            |  |
| 47. Fecha inicio actividad 20030827                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 49. Fecha inicio actividad 20190418        |                                                          | 52. Número establecimientos 4         |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 53. Código 57224852                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 07- Retención en la fuente a título de renta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 22- Obligado a cumplir deberes formales a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 48 - Impuesto sobre las ventas - IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 52 - Facturador electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            | Exportadores                                             |                                       |  |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            | 55. Forma                                                |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 56. Tipo                                                 |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | Servicio                                                 |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 1                                                        |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 2                                                        |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 3                                                        |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 57. Modo                                                 |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 58. CPC                                                  |                                       |  |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |                                                          |                                       |  |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 60. No. de Folios: 0                       |                                                          | 61. Fecha 2026-04-13 / 12:18:49PM     |  |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |  |                                            | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. |                                       |  |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            | Firma autorizada:                                        |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 984. Nombre CARDONA DAVILA HECTOR FABIO                  |                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            | 985. Cargo CONTRIBUYENTE                                 |                                       |  |

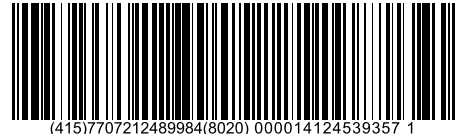
|                                                                                                                                  |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| DIAN                                                                                                                             |                                                | Formulario del Registro Único Tributario |                                                           | 001                                                                                                          |                              |
| Espacio reservado para la DIAN                                                                                                   |                                                |                                          | Página 2 de 5 Hoja 2                                      |                                                                                                              |                              |
|                                                 |                                                |                                          | 4. Número de formulario<br>141245393571                   |                                                                                                              |                              |
| <br>(415)7707212489984(8020) 000014124539357 1 |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>1 0 0 1 3 9 2 8                                                                  |                                                | 6. DV<br>2                               | 12. Dirección seccional<br>Impuestos y Aduanas de Pereira |                                                                                                              | 14. Buzón electrónico<br>1 6 |
| Características y formas de las organizaciones                                                                                   |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 62. Naturaleza                                                                                                                   |                                                | 63. Formas asociativas                   |                                                           | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados |                              |
| 65. Fondos                                                                                                                       |                                                | 66. Cooperativas                         |                                                           | 67. Sociedades y organismos extranjeros                                                                      |                              |
| 68. Sin personería jurídica                                                                                                      |                                                | 69. Otras organizaciones no clasificadas |                                                           | 70. Beneficio                                                                                                |                              |
| Constitución, Registro y Última Reforma                                                                                          |                                                |                                          | Composición del Capital                                   |                                                                                                              |                              |
| Documento                                                                                                                        | 1. Constitución                                |                                          | 2. Reforma                                                |                                                                                                              |                              |
| 71. Clase                                                                                                                        | 0 9                                            |                                          |                                                           |                                                                                                              | 82. Nacional                 |
| 72. Número                                                                                                                       |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 73. Fecha                                                                                                                        |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              | 83. Nacional público         |
| 74. Número de notaría                                                                                                            |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 75. Entidad de registro                                                                                                          | 0 3                                            |                                          |                                                           |                                                                                                              | 84. Nacional privado         |
| 76. Fecha de registro                                                                                                            | 2 0 0 3 0 8 2 7                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 77. No. Matrícula mercantil                                                                                                      | 1 3 5 8 5 7 0 1                                |                                          |                                                           |                                                                                                              | 85. Extranjero               |
| 78. Departamento                                                                                                                 | 6 6                                            |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 79. Ciudad/Municipio                                                                                                             | 0 0 1                                          |                                          |                                                           |                                                                                                              | 86. Extranjero público       |
| Vigencia                                                                                                                         |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 80. Desde                                                                                                                        |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 81. Hasta                                                                                                                        |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              | 87. Extranjero privado       |
| Entidad de vigilancia y control                                                                                                  |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 88. Entidad de vigilancia y control                                                                                              |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| Estado y Beneficio                                                                                                               |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| Item                                                                                                                             | 89. Estado actual                              | 90. Fecha cambio de estado               | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT)             | 92. DV                                                                                                       |                              |
| 1                                                                                                                                |                                                |                                          |                                                           | -                                                                                                            |                              |
| 2                                                                                                                                |                                                |                                          |                                                           | -                                                                                                            |                              |
| 3                                                                                                                                |                                                |                                          |                                                           | -                                                                                                            |                              |
| 4                                                                                                                                |                                                |                                          |                                                           | -                                                                                                            |                              |
| 5                                                                                                                                |                                                |                                          |                                                           | -                                                                                                            |                              |
| Vinculación económica                                                                                                            |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |
| 93. Vinculación económica                                                                                                        | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial |                                          |                                                           | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante                                     |                              |
| 97. Nombre o razón social de la matriz o controlante                                                                             |                                                |                                          |                                                           | 96. DV.                                                                                                      |                              |
| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior                                                                 |                                                | 171. País                                |                                                           | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP                              |                              |
| 173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP                                                          |                                                |                                          |                                                           |                                                                                                              |                              |

|                                                                                   |                                                |                                                                       |                               |                                                                                                                                  |                                 |                       |  |                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--|------------------------------------|--|
| DIAN                                                                              |                                                | Formulario del Registro Único Tributario<br>Revisor Fiscal y Contador |                               |                                                                                                                                  |                                 | 001                   |  |                                    |  |
| Espacio reservado para la DIAN                                                    |                                                |                                                                       |                               | Página 3 de 5 Hoja 5                                                                                                             |                                 |                       |  |                                    |  |
|                                                                                   |                                                |                                                                       |                               | 4. Número de formulario 141245393571                                                                                             |                                 |                       |  |                                    |  |
|  |                                                |                                                                       |                               | <br>(415)7707212489984(8020) 000014124539357 1 |                                 |                       |  |                                    |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)                                      |                                                | 6. DV                                                                 |                               | 12. Dirección seccional                                                                                                          |                                 | 14. Buzón electrónico |  |                                    |  |
| 1 0 0 1 3 9 2 8                                                                   |                                                | 2                                                                     |                               | Impuestos y Aduanas de Pereira                                                                                                   |                                 | 1 6                   |  |                                    |  |
| Revisor Fiscal y Contador                                                         |                                                |                                                                       |                               |                                                                                                                                  |                                 |                       |  |                                    |  |
| Revisor fiscal principal                                                          | 124. Tipo de documento                         |                                                                       | 125. Número de identificación |                                                                                                                                  | 126. DV                         |                       |  | 127. Número de tarjeta profesional |  |
|                                                                                   | 128. Primer apellido                           |                                                                       | 129. Segundo apellido         |                                                                                                                                  | 130. Primer nombre              |                       |  | 131. Otros nombres                 |  |
|                                                                                   | 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) |                                                                       | 133. DV                       |                                                                                                                                  | 134. Sociedad o firma designada |                       |  |                                    |  |
|                                                                                   | 135. Fecha de nombramiento                     |                                                                       |                               |                                                                                                                                  |                                 |                       |  |                                    |  |
| Revisor fiscal suplente                                                           | 136. Tipo de documento                         |                                                                       | 137. Número de identificación |                                                                                                                                  | 138. DV                         |                       |  | 139. Número de tarjeta profesional |  |
|                                                                                   | 140. Primer apellido                           |                                                                       | 141. Segundo apellido         |                                                                                                                                  | 142. Primer nombre              |                       |  | 143. Otros nombres                 |  |
|                                                                                   | 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) |                                                                       | 145. DV                       |                                                                                                                                  | 146. Sociedad o firma designada |                       |  |                                    |  |
|                                                                                   | 147. Fecha de nombramiento                     |                                                                       |                               |                                                                                                                                  |                                 |                       |  |                                    |  |
| Contador                                                                          | 148. Tipo de documento                         |                                                                       | 149. Número de identificación |                                                                                                                                  | 150. DV                         |                       |  | 151. Número de tarjeta profesional |  |
|                                                                                   | Cédula de Ciudadanía 1 3                       |                                                                       | 4 2 0 1 8 2 5 2               |                                                                                                                                  |                                 |                       |  | T P 1 0 0 2 9 8                    |  |
|                                                                                   | 152. Primer apellido                           |                                                                       | 153. Segundo apellido         |                                                                                                                                  | 154. Primer nombre              |                       |  | 155. Otros nombres                 |  |
|                                                                                   | TREJOS                                         |                                                                       | GALLEGO                       |                                                                                                                                  | DIANA                           |                       |  | MILENA                             |  |
| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT)                                    |                                                | 157. DV                                                               |                               | 158. Sociedad o firma designada                                                                                                  |                                 |                       |  |                                    |  |
| 159. Fecha de nombramiento                                                        |                                                | 2 0 2 1 0 7 0 1                                                       |                               |                                                                                                                                  |                                 |                       |  |                                    |  |

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141245393571



(415)7707212489984(8020) 000014124539357 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 1 3 9 2 8

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Pereira

14. Buzón electrónico

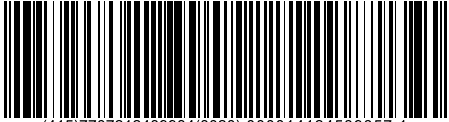
1 6

## Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

|                                                            |     |                                                                                                      |         |
|------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci | 0 2 | 161. Actividad económica<br>Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de | 4 7 4 1 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>FULLRECARGA             |     |                                                                                                      |         |
| 163. Departamento<br>Risaralda                             | 6 6 | 164. Ciudad/Municipio<br>Pereira                                                                     | 0 0 1   |
| 165. Dirección<br>CR 4 CL 21 ESQ LC 6 CENTRO               |     |                                                                                                      |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>1 3 5 8 5 8 0 2      |     | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 0 3 0 8 2 7                                              |         |
| 168. Teléfono<br>6 0 6 3 3 4 9 8 0 7                       |     | 169. Fecha de cierre                                                                                 |         |

|                                                            |     |                                                                                                      |         |
|------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci | 0 2 | 161. Actividad económica<br>Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de | 4 7 4 1 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>FULLRECARGA TRUJILLO    |     |                                                                                                      |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                       | 7 6 | 164. Ciudad/Municipio<br>Trujillo                                                                    | 8 2 8   |
| 165. Dirección<br>CR 21 20 48 BRR CENTRO                   |     |                                                                                                      |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>1 1 9 5 9 0          |     | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 2 5 0 9 3 0                                              |         |
| 168. Teléfono<br>3 1 1 7 7 2 4 9 7 6                       |     | 169. Fecha de cierre                                                                                 |         |

|                                                             |     |                                                                                                      |         |
|-------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci  | 0 2 | 161. Actividad económica<br>Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de | 4 7 4 1 |
| 162. Nombre del establecimiento:<br>FULLRECARCA CARTAGO     |     |                                                                                                      |         |
| 163. Departamento<br>Valle del Cauca                        | 7 6 | 164. Ciudad/Municipio<br>Cartago                                                                     | 1 4 7   |
| 165. Dirección<br>CR 22 F 25 D 10 URB CERROS DE PUERTO ASIS |     |                                                                                                      |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>1 1 8 2 6 8           |     | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 2 5 0 7 0 8                                              |         |
| 168. Teléfono<br>3 1 1 7 7 2 4 9 7 6                        |     | 169. Fecha de cierre                                                                                 |         |

|                                                                                                                                  |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| DIAN                                                                                                                             |  | Formulario del Registro Único Tributario<br>Establecimientos                                                 |  |                                                         |  | 001                   |  |
| Espacio reservado para la DIAN                                                                                                   |  |                                                                                                              |  | Página 5 de 5 Hoja 6                                    |  |                       |  |
|                                                 |  |                                                                                                              |  | 4. Número de formulario<br>141245393571                 |  |                       |  |
| <br>(415)7707212489984(8020) 000014124539357 1 |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)                                                                                     |  | 6. DV                                                                                                        |  | 12. Dirección seccional                                 |  | 14. Buzón electrónico |  |
| 1 0 0 1 3 9 2 8                                                                                                                  |  | 2                                                                                                            |  | Impuestos y Aduanas de Pereira                          |  | 1 6                   |  |
| Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros                                                   |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 160. Tipo de establecimiento<br>Establecimiento de comerci 0 2                                                                   |  | 161. Actividad económica<br>Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de 4 7 4 1 |  |                                                         |  |                       |  |
| 162. Nombre del establecimiento<br>FULLRECARGA RIOSUCIO                                                                          |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 163. Departamento<br>Caldas                                                                                                      |  | 164. Ciudad/Municipio<br>Riosucio                                                                            |  |                                                         |  |                       |  |
| 165. Dirección<br>CR 10 12 55 CEN                                                                                                |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>2 4 8 8 1 9                                                                                |  |                                                                                                              |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 2 5 1 1 1 2 |  |                       |  |
| 168. Teléfono<br>3 1 1 7 7 2 4 9 7 6                                                                                             |  |                                                                                                              |  | 169. Fecha de cierre                                    |  |                       |  |
| 160. Tipo de establecimiento                                                                                                     |  | 161. Actividad económica                                                                                     |  |                                                         |  |                       |  |
| 162. Nombre del establecimiento                                                                                                  |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 163. Departamento                                                                                                                |  | 164. Ciudad/Municipio                                                                                        |  |                                                         |  |                       |  |
| 165. Dirección                                                                                                                   |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 166. Número de matrícula mercantil                                                                                               |  |                                                                                                              |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil                    |  |                       |  |
| 168. Teléfono                                                                                                                    |  |                                                                                                              |  | 169. Fecha de cierre                                    |  |                       |  |
| 160. Tipo de establecimiento                                                                                                     |  | 161. Actividad económica                                                                                     |  |                                                         |  |                       |  |
| 162. Nombre del establecimiento:                                                                                                 |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 163. Departamento                                                                                                                |  | 164. Ciudad/Municipio                                                                                        |  |                                                         |  |                       |  |
| 165. Dirección                                                                                                                   |  |                                                                                                              |  |                                                         |  |                       |  |
| 166. Número de matrícula mercantil                                                                                               |  |                                                                                                              |  | 167. Fecha de la matrícula mercantil                    |  |                       |  |
| 168. Teléfono                                                                                                                    |  |                                                                                                              |  | 169. Fecha de cierre                                    |  |                       |  |

**CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA**



**CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL**

**Fecha expedición:** 22/06/2026 - 13:27:15  
**Recibo No.** S002036422, Valor 6100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** jmjJ6gnxkh

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://siifront.confecamaras.co/cv/27> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Nombres y apellidos : HECTOR FABIO CARDONA DAVILA  
Identificación : CC. - 10013928  
Nit : 10013928-2  
Domicilio: Pereira, Risaralda

**MATRÍCULA**

Matrícula No: 13585701  
Fecha de matrícula: 27 de agosto de 2003  
Ultimo año renovado: 2026  
Fecha de renovación: 09 de abril de 2026  
Grupo NIIF : GRUPO II

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal : CALLE 21 NRO. 3 76 LOCAL 6 CENTRO  
Barrio : SAN JORGE  
Municipio : Pereira, Risaralda  
Correo electrónico : fullrecargaspereira@hotmail.com  
Teléfono comercial 1 : 6063349807  
Teléfono comercial 2 : 3148194050  
Teléfono comercial 3 : 3117724976

Dirección para notificación judicial : CALLE 21 NRO. 3 76 LOCAL 6 CENTRO  
Barrio : SAN JORGE  
Municipio : Pereira, Risaralda  
Correo electrónico de notificación : fullrecargaspereira@hotmail.com

La persona natural **SI** autorizó para recibir notificaciones personales a través del correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y del 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

**Actividad principal Código CIIU:** G4741  
**Actividad secundaria Código CIIU:** G4649  
**Otras actividades Código CIIU:** N8230 N7730

**Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único**

**CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA**



**CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL**

**Fecha expedición:** 22/06/2026 - 13:27:15  
**Recibo No.** S002036422, Valor 6100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** jmjJ6gnxkh

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://siifront.confecamaras.co/cv/27> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**Empresarial y Social -RUES-** : Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de informática y equipos de telecomunicaciones en establecimientos especializados, mantenimiento y reparación de computadores y de equipo periférico, comercio al por menor de libros, periódicos, materiales y artículos de papelería y escritorio, suministro de elementos de aseo y cafetería en establecimientos especializados y comercio al por menor de otros artículos domésticos en establecimientos especializados, comercialización, mantenimiento, reparación y adecuación de mobiliario para oficinas, comercios e industrias, incluyendo el diseño, fabricación, ensamble, restauración, modificación y adaptación de muebles y elementos complementarios.

**INFORMACION FINANCIERA**

El comerciante matriculado reportó la siguiente información financiera, la cual corresponde a la última información reportada en la matrícula mercantil, así:

**Estado de la situación financiera:**

Activo corriente: \$935.548.600,00  
Activo no corriente: \$24.500.000,00  
Activo total: \$960.048.600,00  
Pasivo corriente: \$60.196.915,00  
Pasivo no corriente: \$0,00  
Pasivo total: \$60.196.915,00  
Patrimonio neto: \$899.851.685,00  
Pasivo más patrimonio: \$960.048.600,00

**Estado de resultados:**

Ingresos actividad ordinaria: \$2.786.317.812,00  
Otros ingresos: \$2.436,00  
Costo de ventas: \$2.292.022.246,00  
Gastos operacionales: \$118.483.907,00  
Otros gastos: \$72.465.383,00  
Gastos por impuestos: \$0,00  
Utilidad operacional: \$375.811.659,00  
Resultado del periodo: \$303.348.712,00

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los Actos Administrativos de registro quedan en firme, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA, los sábados **NO** son días hábiles.



## CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA

### CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL

Fecha expedición: 22/06/2026 - 13:27:15  
Recibo No. S002036422, Valor 6100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN **jmjJ6gnxkh**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://siifront.confecamaras.co/cv/27> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Una vez interpuestos los recursos, los Actos Administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

#### ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, SUCURSALES Y AGENCIAS

A nombre de la persona natural, figura(n) matriculado(s) en la CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

#### ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre: FULLRECARGA  
Matrícula No.: 13585802  
Fecha de Matrícula: 27 de agosto de 2003  
Último año renovado: 2026  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : CALLE 21 NRO. 3 76 LOCAL 6 CENTRO  
Barrio : CENTRO  
Municipio: Pereira, Risaralda

Nombre: FULL RECARGAS APIA  
Matrícula No.: 18233196  
Fecha de Matrícula: 09 de diciembre de 2025  
Último año renovado: 2026  
Categoría: Establecimiento de Comercio  
Dirección : MZ G CA 14 BRR SAN DANIEL  
Municipio: Apía, Risaralda

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA NATURAL TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN [WWW.RUES.ORG.CO](http://WWW.RUES.ORG.CO).

#### INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

**CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA**



**CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL**

**Fecha expedición:** 22/06/2026 - 13:27:15  
**Recibo No.** S002036422, Valor 6100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** jmjJ6gnxkh

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://siifront.confecamaras.co/cv/27> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es PEQUEÑA EMPRESA.

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : \$2.786.317.812,00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : G4741.

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

**MIGRACIÓN DE INFORMACIÓN**

La Cámara de Comercio de Pereira ha efectuado migración de la información de los Registros Públicos a un nuevo modelo de certificación, lo cual puede ocasionar omisiones o errores en la información certificada, por lo cual en caso de encontrar alguna observación en el certificado, verificaremos la información y procederemos a su corrección.

**Señor (a) Empresario (a) ...**

Le recordamos que ante una llamada fraudulenta o extorsiva, usted puede DENUNCIAR ante las entidades correspondientes y ante la Cámara de Comercio de Pereira por Risaralda en cualquier de sus sedes; y, que además, puede hacerlo a través de la línea nacional 165 o de la línea directa del GAULA POLÍCIA PEREIRA 3178965491.

.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la persona natural, a la fecha y hora de su expedición.

**IMPORTANTE:** La firma digital del secretario de la CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación acreditada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.

**CÁMARA DE COMERCIO DE PEREIRA**



**CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DE PERSONA NATURAL**

**Fecha expedición:** 22/06/2026 - 13:27:15  
Recibo No. S002036422, Valor 6100

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN** jmjJ6gnxkh

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a <https://siifront.confecamaras.co/cv/27> y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

PAMELA RÍOS LÓPEZ

---

\*\*\* FINAL DEL CERTIFICADO \*\*\*

---

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

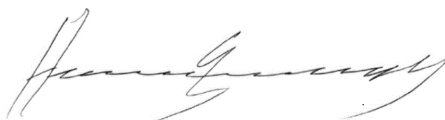
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 02 de julio de 2026, a las 10:08:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 10013928             |
| Código de Verificación | 10013928260702100825 |

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

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**

**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 298776766**



PIB  
09:43:58  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de julio 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) HECTOR FABIO CARDONA DAVILA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 10013928:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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

Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750  
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:32:50 AM horas del 02/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **10013928**

Apellidos y Nombres: **CARDONA DAVILA HECTOR FABIO**

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



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



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



## 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, 02/07/2026 10:04:48 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **10013928** y Nombre: **HECTOR FABIO CARDONA DAVILA.**

## 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. **143172405** . 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 Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:33:55 horas del 22/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **10013928**,  
Apellidos y Nombres **CARDONA DAVILA HECTOR FABIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **IE VILLA SANTANA**, con NIT **800219939-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

### CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 10013928 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 02/07/2026 10:14 AM



Código Verificación: **SB4E9KZAH7**

Válida hasta: **30/09/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Cardona                                                                                                             | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Davila                                                    | NOMBRES<br>Héctor Fabio                                                                                                                                               |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 10013928 | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA                                                               |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/> NÚMERO 10013928 D.M. 22          |                                                                                             |                                                                                                                                                                       |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA 06 MES 12 AÑO 1979<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO RISARALDA<br>MUNICIPIO PEREIRA                |                                                                                             | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 21N 3 76 Centro<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO RISARALDA<br>MUNICIPIO PEREIRA<br>TELÉFONO 3349807 EMAIL fullrecargaspereira@hotmail.com |

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                |                 |  |                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|----------------|-----------------|--|-------------------|--|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA                                                                                                                                       |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                |                 |  |                   |  |
| MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA ) |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                |                 |  |                   |  |
| EDUCACIÓN BÁSICA                                                                                                                                               |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                | TÍTULO OBTENIDO |  | BÁSICA SECUNDARIA |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                                       |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA | FECHA DE GRADO |                 |  |                   |  |
| 1°                                                                                                                                                             | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 1X1°           | MES             |  | AÑO               |  |
|                                                                                                                                                                |    |    |    |    |            |    |    |    |       |                |                 |  |                   |  |

|                                                                                                |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|----|------------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------------|
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)                                                      |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:           |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
| TC (TÉCNICA)                                                                                   |                         | TL (TECNOLÓGICA)         |    | TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)           |             | UN (UNIVERSITARIA) |                            |
| ES (ESPECIALIZACIÓN)                                                                           |                         | MG (MAESTRÍA O MAGISTER) |    | DOC (DOCTORADO O PHD)                    |             |                    |                            |
| RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY). |                         |                          |    |                                          |             |                    |                            |
| MODALIDAD ACADEMICA                                                                            | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO                 |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |                    | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|                                                                                                |                         | SI                       | NO |                                          | MES         | AÑO                |                            |
| PREGRADO                                                                                       | 3                       | X                        |    |                                          | 12          | 2012               |                            |

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

|                                                                                |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO                               |                                                           |
| DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA: |                                                           |
| INF (EDUCACIÓN INFORMAL)                                                       | TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO) |

4 IDIOMAS

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

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

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

#### 5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                              |  |  |                                          |              |     |         |     |                                                                |     |    |     |    |     |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------|--------------|-----|---------|-----|----------------------------------------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>MUNICIPIO DE BALBOA                                                |  |  |                                          | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                               |  |  | MUNICIPIO<br>BALBOA                      |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>alcaldia@balboa-ridaralda.gov.co |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3146208889                                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                         |  |  | Día                                      | 13           | Mes | 02      | Año | 2025                                                           | Día | 13 | Mes | 11 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO SISTEMAS            |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION - SISTEMAS |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 No 6-44                                   |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                              |  |  |                                          |              |     |         |     |                                                                |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO                                     |  |  |                                          | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                               |  |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA                 |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>sistemas2.spysp@gmail.com        |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                         |  |  | Día                                      | 01           | Mes | 01      | Año | 2025                                                           | Día | 01 | Mes | 08 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO SISTEMAS            |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION - SISTEMAS |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 13 No 11-49                                 |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                              |  |  |                                          |              |     |         |     |                                                                |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE                               |  |  |                                          | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                               |  |  | MUNICIPIO<br>PEREIRA                     |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>estadistica@husj.gov.co          |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                               |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                         |  |  | Día                                      | 29           | Mes | 01      | Año | 2025                                                           | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>SERVICIO DE OUTSOURCING DE FOTOCOPIAS                        |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CRA 4 No 24-88                                    |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                              |  |  |                                          |              |     |         |     |                                                                |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BELEN DE UMBRIA                           |  |  |                                          | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |     | PAÍS<br>COLOMBIA                                               |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                               |  |  | MUNICIPIO<br>BELEN DE UMBRIA             |              |     |         |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ventanilla@hsjbelen.gov.co       |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3528128                                                                    |  |  | FECHA DE INGRESO                         |              |     |         |     | FECHA DE RETIRO                                                |     |    |     |    |     |      |
|                                                                                         |  |  | Día                                      | 05           | Mes | 05      | Año | 2025                                                           | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PRESTACION DE SERVICIOS DE ALQUILER DE EQUIPOS DE IMPRESORAS |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |              |     |         |     | DIRECCIÓN<br>CRA 13 No 4-135                                   |     |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                                 |  |                                 |    |              |    |         |                                                                           |                  |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|----|--------------|----|---------|---------------------------------------------------------------------------|------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                      |  |                                 |    |              |    |         |                                                                           |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ESE HOSPITAL SAN JOSÉ MARSELLA                             |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                                                                           | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                       |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA           |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@hospitalsanjose-marsella.gov.co |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3685025                                                            |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         | FECHA DE RETIRO                                                           |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                                 |  | Día                             | 24 | Mes          | 01 | Año     | 2025                                                                      | Día              | 31 | Mes | 10 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE<br>MANTENIMIENTO SISTEMAS |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         | DIRECCIÓN<br>CRA 14 No 16-20                                              |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                      |  |                                 |    |              |    |         |                                                                           |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE BALBOA RISARALDA                               |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                                                                           | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                       |  | MUNICIPIO<br>BALBOA             |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>311772497                                                          |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         | FECHA DE RETIRO                                                           |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                                 |  | Día                             | 05 | Mes          | 03 | Año     | 2024                                                                      | Día              | 05 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPO DE SISTEMA                        |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         | DIRECCIÓN<br>CALLE 1 1 null CALLE PRINCIPAL                               |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                      |  |                                 |    |              |    |         |                                                                           |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE PUEBLO RICO - RISARALDA                        |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                                                                           | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                       |  | MUNICIPIO<br>PUEBLO RICO        |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                       |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         | FECHA DE RETIRO                                                           |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                                 |  | Día                             | 10 | Mes          | 10 | Año     | 2023                                                                      | Día              | 20 | Mes | 10 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR                                            |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         | DIRECCIÓN<br>CARRERA 4 6 17 C.A.M PLAZA PRINCIPAL                         |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                      |  |                                 |    |              |    |         |                                                                           |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA                   |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                                                                           | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                       |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA           |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                       |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         | FECHA DE RETIRO                                                           |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                                 |  | Día                             | 28 | Mes          | 03 | Año     | 2023                                                                      | Día              | 11 | Mes | 04 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA                       |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 Barrio la Pista                             |                  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                      |  |                                 |    |              |    |         |                                                                           |                  |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA                   |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                                                                           | PAÍS<br>COLOMBIA |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                                       |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA           |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                |                  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                                       |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         | FECHA DE RETIRO                                                           |                  |    |     |    |     |      |
|                                                                                 |  | Día                             | 10 | Mes          | 01 | Año     | 2023                                                                      | Día              | 31 | Mes | 10 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA                       |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA                             |                  |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                 |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|----|--------------|----|---------|------|-----------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA           |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>APIA               |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                             | 01 | Mes          | 11 | Año     | 2022 | Día                                           | 10 | Mes | 11 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO                 |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION   |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13                   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                 |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO - LA VIRGINIA |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA        |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                             | 12 | Mes          | 10 | Año     | 2022 | Día                                           | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 13 11 49 Barrio Balsillas  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                 |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA     |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA           |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                             | 04 | Mes          | 10 | Año     | 2022 | Día                                           | 18 | Mes | 10 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR                              |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                 |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO - LA VIRGINIA |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA        |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                             | 01 | Mes          | 10 | Año     | 2022 | Día                                           | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRATIVA   |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 13 11 49 Barrio Balsillas  |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                 |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA     |  |                                 |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA           |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                             | 28 | Mes          | 03 | Año     | 2022 | Día                                           | 11 | Mes | 04 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION" |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                                   |  |  |                                  |    |     |              |     |         |                                               |                  |     |    |     |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------|----|-----|--------------|-----|---------|-----------------------------------------------|------------------|-----|----|-----|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                  |    |     |              |     |         |                                               |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE ANSERMANUEVO VALLE DEL CAUCA     |  |  |                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                                               | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                                   |  |  | MUNICIPIO<br>ANSERMANUEVO        |    |     |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                 |    |     |              |     |         | FECHA DE RETIRO                               |                  |     |    |     |
|                                                                   |  |  | Día                              | 22 | Mes | 03           | Año | 2022    | Día                                           | 15               | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO                 |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION    |    |     |              |     |         | DIRECCIÓN<br>CALLE 7 7 9 PARQUE PRINCIPAL     |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                  |    |     |              |     |         |                                               |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE SANTA ROSA                       |  |  |                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                                               | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>SANTA ROSA DE CABAL |    |     |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                 |    |     |              |     |         | FECHA DE RETIRO                               |                  |     |    |     |
|                                                                   |  |  | Día                              | 14 | Mes | 03           | Año | 2022    | Día                                           | 31               | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"  |    |     |              |     |         | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 12 0                  |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                  |    |     |              |     |         |                                               |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO - LA VIRGINIA |  |  |                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                                               | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA         |    |     |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                 |    |     |              |     |         | FECHA DE RETIRO                               |                  |     |    |     |
|                                                                   |  |  | Día                              | 19 | Mes | 01           | Año | 2022    | Día                                           | 19               | Mes | 09 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"  |    |     |              |     |         | DIRECCIÓN<br>CALLE 13 11 49 Barrio Balsillas  |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                  |    |     |              |     |         |                                               |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA     |  |  |                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                                               | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA            |    |     |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                 |    |     |              |     |         | FECHA DE RETIRO                               |                  |     |    |     |
|                                                                   |  |  | Día                              | 04 | Mes | 01           | Año | 2022    | Día                                           | 31               | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"  |    |     |              |     |         | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |  |                                  |    |     |              |     |         |                                               |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO - LA VIRGINIA |  |  |                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA |                                               | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA         |    |     |              |     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                         |  |  | FECHA DE INGRESO                 |    |     |              |     |         | FECHA DE RETIRO                               |                  |     |    |     |
|                                                                   |  |  | Día                              | 03 | Mes | 01           | Año | 2022    | Día                                           | 03               | Mes | 09 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPO DE SISTEMA          |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"  |    |     |              |     |         | DIRECCIÓN<br>CALLE 13 11 49 Barrio Balsillas  |                  |     |    |     |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                                                         |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|-------------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA |  |                                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                     |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                                   |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                     |  | FECHA DE INGRESO                                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                                                     | 03 | Mes          | 12 | Año     | 2021 | Día                                             | 04 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO             |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                         |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                                                         |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA       |  |                                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                     |  | MUNICIPIO<br>APIA                                       |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                     |  | FECHA DE INGRESO                                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                                                     | 27 | Mes          | 11 | Año     | 2021 | Día                                             | 23 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO             |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION                           |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13                     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                                                         |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - TORO (VALLE)  |  |                                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                               |  | MUNICIPIO<br>TORO                                       |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                     |  | FECHA DE INGRESO                                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                                                     | 01 | Mes          | 10 | Año     | 2021 | Día                                             | 31 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA     |  | DEPENDENCIA<br>4173.40. CENTROS DE ADMINISTRACION LOCAL |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 11 6 34 TORO VALLE DEL CAUCA |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                                                         |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA |  |                                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                     |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                                   |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                     |  | FECHA DE INGRESO                                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                                                     | 09 | Mes          | 09 | Año     | 2021 | Día                                             | 11 | Mes | 09 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO             |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                         |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |                                                         |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - TORO (VALLE)  |  |                                                         |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                               |  | MUNICIPIO<br>TORO                                       |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                     |  | FECHA DE INGRESO                                        |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                               |  | Día                                                     | 06 | Mes          | 07 | Año     | 2021 | Día                                             | 31 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA     |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION - SISTEMAS                |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 11 6 34 TORO VALLE DEL CAUCA |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                          |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|-------------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA     |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                    |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                      | 23 | Mes          | 04 | Año     | 2021 | Día                                             | 24 | Mes | 04 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO                 |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                          |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO - LA VIRGINIA |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                      | 01 | Mes          | 04 | Año     | 2021 | Día                                             | 15 | Mes | 10 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 13 11 49 BARRIO BALSILLAS    |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                          |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA VIRGINIA |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                      | 17 | Mes          | 03 | Año     | 2021 | Día                                             | 31 | Mes | 03 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO                 |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION - SISTEMAS |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 5C 65                     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                          |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA     |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                    |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                      | 07 | Mes          | 01 | Año     | 2021 | Día                                             | 31 | Mes | 12 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                          |    |              |    |         |      |                                                 |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - TORO (VALLE)      |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                                   |  | MUNICIPIO<br>TORO                        |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                      |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                      | 07 | Mes          | 01 | Año     | 2021 | Día                                             | 30 | Mes | 06 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 11 6 34 TORO VALLE DEL CAUCA |    |     |    |     |      |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                               |  |  |                                          |    |              |    |         |                            |                                                 |    |     |    |
|---------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------|----|--------------|----|---------|----------------------------|-------------------------------------------------|----|-----|----|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |  |                                          |    |              |    |         |                            |                                                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - TORO (VALLE)  |  |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                            | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TORO                        |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |                            | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |
|                                                               |  |  | Día                                      | 04 | Mes          | 01 | Año     | 2021                       | Día                                             | 30 | Mes | 09 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA     |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |                            | DIRECCIÓN<br>CALLE 11 6 34 TORO VALLE DEL CAUCA |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |  |                                          |    |              |    |         |                            |                                                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - TORO (VALLE)  |  |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                            | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TORO                        |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |                            | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |
|                                                               |  |  | Día                                      | 04 | Mes          | 01 | Año     | 2021                       | Día                                             | 30 | Mes | 06 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA     |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |                            | DIRECCIÓN<br>CALLE 11 6 34 TORO VALLE DEL CAUCA |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |  |                                          |    |              |    |         |                            |                                                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA |  |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                            | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                     |  |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                    |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |                            | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |
|                                                               |  |  | Día                                      | 20 | Mes          | 11 | Año     | 2020                       | Día                                             | 31 | Mes | 12 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO             |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA   |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |  |                                          |    |              |    |         |                            |                                                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAGRADA FAMILIA - TORO (VALLE)  |  |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                            | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>VALLE DEL CAUCA                               |  |  | MUNICIPIO<br>TORO                        |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |                            | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |
|                                                               |  |  | Día                                      | 05 | Mes          | 11 | Año     | 2020                       | Día                                             | 11 | Mes | 11 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>TIPO SERVIDOR / CONTRATISTA 01     |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION - SISTEMAS |    |              |    |         |                            | DIRECCIÓN<br>CALLE 11 5 34 TORO VALLE DEL CAUCA |    |     |    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                    |  |  |                                          |    |              |    |         |                            |                                                 |    |     |    |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA |  |  |                                          |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |                            | PAÍS<br>COLOMBIA                                |    |     |    |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                     |  |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                    |    |              |    |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                 |    |     |    |
| TELÉFONOS                                                     |  |  | FECHA DE INGRESO                         |    |              |    |         |                            | FECHA DE RETIRO                                 |    |     |    |
|                                                               |  |  | Día                                      | 20 | Mes          | 10 | Año     | 2020                       | Día                                             | 21 | Mes | 10 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA     |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"          |    |              |    |         |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA   |    |     |    |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                                  |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|-----------------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA VIRGINIA |  |                                                  |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA                         |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                              | 18 | Mes          | 09 | Año     | 2020 | Día                                           | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO                 |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                  |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 5C 65                   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                                  |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA     |  |                                                  |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                            |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                              | 30 | Mes          | 07 | Año     | 2020 | Día                                           | 31 | Mes | 07 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO                 |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                  |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 14 16 20 BARRIO LA PISTA |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                                  |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JOSE DE MARSELLA - MARSELLA     |  |                                                  |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>MARSELLA                            |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                              | 08 | Mes          | 06 | Año     | 2020 | Día                                           | 31 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA         |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                  |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 14 16 20 BARRIO LA PISTA   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                                  |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA VIRGINIA |  |                                                  |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA                         |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                                         |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                              | 18 | Mes          | 05 | Año     | 2020 | Día                                           | 20 | Mes | 10 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO                 |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                  |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 5C 65                   |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                        |  |                                                  |    |              |    |         |      |                                               |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LA VIRGINIA |  |                                                  |    | PÚBLICA      |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                              |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                         |  | MUNICIPIO<br>LA VIRGINIA                         |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3683905                                              |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                               |    |     |    |     |      |
|                                                                   |  | Día                                              | 04 | Mes          | 03 | Año     | 2020 | Día                                           | 11 | Mes | 03 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                            |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE GESTION DE SISTEMAS Y TIC |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 15 5C 65                   |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                        |  |                                                       |    |              |    |         |      |                             |    |     |    |     |      |
|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|-----------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL NAZARETH - QUINCHIA |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                         |  | MUNICIPIO<br>QUINCHÍA                                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                         |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO             |    |     |    |     |      |
|                                                   |  | Día                                                   | 01 | Mes          | 11 | Año     | 2019 | Día                         | 31 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                       |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 9 1 90 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                        |  |                                                       |    |              |    |         |      |                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL NAZARETH - QUINCHIA |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                         |  | MUNICIPIO<br>QUINCHÍA                                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                         |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO             |    |     |    |     |      |
|                                                   |  | Día                                                   | 17 | Mes          | 01 | Año     | 2019 | Día                         | 31 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR              |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                       |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 9 1 90 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                        |  |                                                       |    |              |    |         |      |                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL NAZARETH - QUINCHIA |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                         |  | MUNICIPIO<br>QUINCHÍA                                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                         |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO             |    |     |    |     |      |
|                                                   |  | Día                                                   | 17 | Mes          | 01 | Año     | 2019 | Día                         | 16 | Mes | 02 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR              |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                       |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 9 1 90 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                        |  |                                                       |    |              |    |         |      |                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL NAZARETH - QUINCHIA |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                         |  | MUNICIPIO<br>QUINCHÍA                                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS                                         |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO             |    |     |    |     |      |
|                                                   |  | Día                                                   | 14 | Mes          | 01 | Año     | 2019 | Día                         | 31 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR              |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                       |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 9 1 90 |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                        |  |                                                       |    |              |    |         |      |                             |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL NAZARETH - QUINCHIA |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA            |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                         |  | MUNICIPIO<br>QUINCHÍA                                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD  |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3563146                              |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO             |    |     |    |     |      |
|                                                   |  | Día                                                   | 04 | Mes          | 01 | Año     | 2019 | Día                         | 04 | Mes | 02 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA            |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION SISTEMAS DE INFORMACION |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 9 1 90 |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |                                                       |    |              |    |         |      |                                            |    |     |    |     |
|--------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|----|--------------|----|---------|------|--------------------------------------------|----|-----|----|-----|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL NAZARETH - QUINCHIA            |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                           |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                    |  | MUNICIPIO<br>QUINCHÍA                                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                    |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                            |    |     |    |     |
|                                                              |  | Día                                                   | 02 | Mes          | 01 | Año     | 2019 | Día                                        | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ADMINISTRACION SISTEMAS           |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION SISTEMAS DE INFORMACION |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 9 1 90                |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |                                                       |    |              |    |         |      |                                            |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE        |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                           |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                    |  | MUNICIPIO<br>PEREIRA                                  |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3135800                                         |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                            |    |     |    |     |
|                                                              |  | Día                                                   | 07 | Mes          | 12 | Año     | 2018 | Día                                        | 18 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                       |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 8 26 79               |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |                                                       |    |              |    |         |      |                                            |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - RIOSUCIO    |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                           |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>CALDAS                                       |  | MUNICIPIO<br>RIOSUCIO                                 |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                    |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                            |    |     |    |     |
|                                                              |  | Día                                                   | 14 | Mes          | 02 | Año     | 2018 | Día                                        | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA    |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                       |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 5 18 17 AV FUNDADORES |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |                                                       |    |              |    |         |      |                                            |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL APIA |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                           |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                    |  | MUNICIPIO<br>APIA                                     |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3609780                                         |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                            |    |     |    |     |
|                                                              |  | Día                                                   | 01 | Mes          | 02 | Año     | 2016 | Día                                        | 31 | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA                       |  | DEPENDENCIA                                           |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13                |    |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |                                                       |    |              |    |         |      |                                            |    |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA      |  |                                                       |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |      | PAÍS<br>COLOMBIA                           |    |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                    |  | MUNICIPIO<br>APIA                                     |    |              |    |         |      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |    |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                    |  | FECHA DE INGRESO                                      |    |              |    |         |      | FECHA DE RETIRO                            |    |     |    |     |
|                                                              |  | Día                                                   | 02 | Mes          | 05 | Año     | 2015 | Día                                        | 13 | Mes | 05 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA    |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                       |    |              |    |         |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13                |    |     |    |     |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                           |  |  |                                                  |    |     |              |     |                            |                             |                  |     |    |     |
|-----------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------|----|-----|--------------|-----|----------------------------|-----------------------------|------------------|-----|----|-----|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                  |    |     |              |     |                            |                             |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA   |  |  |                                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA                    |                             | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>APIA                                |    |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                             |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3113440194                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |     |              |     |                            | FECHA DE RETIRO             |                  |     |    |     |
|                                                           |  |  | Día                                              | 17 | Mes | 02           | Año | 2015                       | Día                         | 31               | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPO DE SISTEMAS |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE GESTION DE SISTEMAS Y TIC |    |     |              |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13 |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                  |    |     |              |     |                            |                             |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA   |  |  |                                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA                    |                             | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>APIA                                |    |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                             |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |     |              |     |                            | FECHA DE RETIRO             |                  |     |    |     |
|                                                           |  |  | Día                                              | 04 | Mes | 02           | Año | 2014                       | Día                         | 31               | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO         |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMINISTRACION - SISTEMAS         |    |     |              |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13 |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                  |    |     |              |     |                            |                             |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA   |  |  |                                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA                    |                             | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>APIA                                |    |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                             |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |     |              |     |                            | FECHA DE RETIRO             |                  |     |    |     |
|                                                           |  |  | Día                                              | 25 | Mes | 05           | Año | 2013                       | Día                         | 08               | Mes | 06 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>OPERADOR DE EQUIPOS DE SISTEMA |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                  |    |     |              |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13 |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                  |    |     |              |     |                            |                             |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA   |  |  |                                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA                    |                             | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>APIA                                |    |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                             |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |     |              |     |                            | FECHA DE RETIRO             |                  |     |    |     |
|                                                           |  |  | Día                                              | 01 | Mes | 03           | Año | 2013                       | Día                         | 31               | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR                      |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                  |    |     |              |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13 |                  |     |    |     |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                  |    |     |              |     |                            |                             |                  |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -APIA   |  |  |                                                  |    |     | PÚBLICA<br>X |     | PRIVADA                    |                             | PAÍS<br>COLOMBIA |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>RISARALDA                                 |  |  | MUNICIPIO<br>APIA                                |    |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                             |                  |     |    |     |
| TELÉFONOS                                                 |  |  | FECHA DE INGRESO                                 |    |     |              |     |                            | FECHA DE RETIRO             |                  |     |    |     |
|                                                           |  |  | Día                                              | 01 | Mes | 09           | Año | 2012                       | Día                         | 28               | Mes | 12 | Año |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROVEEDOR - SUMINISTRO         |  |  | DEPENDENCIA<br>"ADMINISTRACION"                  |    |     |              |     |                            | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 7 13 |                  |     |    |     |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |                  |         |      |         |                    |      |  |  |
|--------------------------|--|------------------|---------|------|---------|--------------------|------|--|--|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |                  | PÚBLICA |      | PRIVADA |                    | PAÍS |  |  |
| DEPARTAMENTO             |  | MUNICIPIO        |         |      |         | CORREO ELECTRÓNICO |      |  |  |
| TELÉFONOS                |  | FECHA DE INGRESO |         |      |         | FECHA DE RETIRO    |      |  |  |
|                          |  | Día:             |         | Mes: |         | Año:               |      |  |  |
|                          |  |                  |         |      |         |                    |      |  |  |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO     |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         | DIRECCIÓN          |      |  |  |

7

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 15                    | 9     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 20    |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS 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, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Pereira, 16/01/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

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*

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)

# Certificado Bancario

Martes, 2 de junio de 2026

quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que HECTOR FABIO CARDONA DAVILA identificado(a) con CC 10013928, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto          | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 72100000111  | 2019/12/14     | ACTIVA |

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

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 10013928          | HECTOR FABIO CARDONA DAVILA |        | CLL 21 No 3-76 | 3359908            | fulrecargaspereira@hotmail.com      |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO   | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | RISARALDA      | PEREIRA            |                                     |
|                     |                   |                             |        |                |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |        |                |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                 |                           |                    |              |
|----------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                    | 92870300        | 01/07/2026                | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                            | I               | \$0                       | \$959.100          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |          |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 387.500                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 387.500       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 496.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 496.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 75.600                 |                  |       |                        | 75.600                | 0         | 0                     | 75.600              |                            |                     | 756               | 75.600        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 387.500                             | 387.500       |
| Pensión                | 1                              | 496.000                             | 496.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 75.600                              | 75.600        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 959.100                             | 959.100       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 10013928          | HECTOR FABIO CARDONA DAVILA |        | CLL 21 No 3-76 | 3359908            | fulrecargaspereira@hotmail.com      |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO   | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | RISARALDA      | PEREIRA            |                                     |
|                     |                   |                             |        |                |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |        |                |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 92870300        | 01/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-06              | 2026-06                           | I               | \$0                      | \$959.100          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                |  |  |           |       |            |                       |           |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |     |            |             |           |      |                   |                        |                         |                                      |                                       |          |           |      |                           |          |           |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|-----------|-------|------------|-----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-------------|-----------|------|-------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------|---------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                |  |  |           |       |            | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     |     | SALUD      |             |           |      | RIESGOS LABORALES |                        |                         |                                      | CCF                                   |          |           |      | PARAFISCALES              |          |           |      |                 |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres            |  |  | Cotizante | Salud | Extranjero | Colom. exterior       | Exonerado | INS | RET | TDE | TAF | TAP | UPP | VST     | SEN | ICE | LVA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días | Cotización        | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |   |
| 1                     | CC 10013928                           | CARDONA DAVILA HECTOR<br>FABIO |  |  | 59        | 0     |            |                       | N         |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |     |            | 230201      | 3.100.000 | 30   | 496.000           | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS010   | 3.100.000 | 30   | 387.500                   | 14-11    | 3.100.000 | 30   | 3               | 75.600     |               | 0       | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 | 0 |