DEPARTAMENTO DE ARAUCA
MUNICIPIO DE SARAVENA
JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
BARRIO VEINTE DE JULIO

LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIO 20 DE JULIO

HACE CONSTAR

Que el (la) señor(a): **GABRIEL FERNANDO ACUÑA HERNÁNDEZ,** mayor de edad identificado(a) con cedula de ciudadanía No 1.115.728.092 Expedida en Saravena. Es residente en casa familiar en el predio ubicado en la carrera 29 # 15-60 desde hace aproximadamente quince (15) años.

Lo anterior se expide a solicitud del (la) interesado (a) para trámites de empleo.

Dado en Saravena – Arauca a los ocho (08) días del mes de octubre del dos mil veinticinco (2025).

En constancia firma

Alvino Torres 9612039

ALVINO TORRES SANTOS.
Presidente J.A.C
CEL: 3229102647

3137

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:17:25 AM horas del 05/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1115728092**

Apellidos y Nombres: **ACUÑA HERNANDEZ GABRIEL FERNANDO**

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

3138

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 05 de diciembre de 2025, a las 09:14:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1115728092
Código de Verificación	11157280922512050914 25

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

3139

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 285637095

PIB
09:14:25
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GABRIEL FERNANDO ACUÑA HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1115728092:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

TIC

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 1115728092 **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 05/12/2025 02:32 PM

Código Verificación: **FLV81AT9PS**

Válida hasta: **05/03/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

3141

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Benavides	Amaya	Daniel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 18929181

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 21 MES 09 AÑO 1976

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cesar

MUNICIPIO: Aguachica

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: M2 7 Lote 49

PAÍS: Colombia DEPTO: Arauca

MUNICIPIO: Saravena

TELÉFONO: 3184080544 EMAIL: danielbenabides82@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o. (X)	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES ___ AÑO ____

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

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

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

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

3142

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Carreño Construye S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 20 MES 01 AÑO 2025	DÍA 13 MES 08 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Ayudante		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

3143

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (X) 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 Carmen 28 nov 2025

Denis Bendabes

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

3144



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 18.929.181

Apellidos
BENAVIDES AMAYA

Nombres
DENEIL

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
21 SEPT 1976

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
AGUACHICA (CESAR)

Fecha y lugar de expedición
29 ENE 19[illegible] AGUACHICA

Firma

Fecha [illegible]
03 MAR 2[illegible]

CO

0763120[illegible]

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0763120[illegible]<<<<<<<<<<<
7609217M350305[illegible]8929181<<<0
BENAVIDES<AMAYA<<DENEIL<<<<<<<

CARREÑO
CONSTRUYE S.A.S

3145

CARREÑO CONSTRUYE
NIT. 900.663.211-7

CERTIFICACIÓN

Yo, Wilson Carreño Trujillo representante legal de Carreño Construye S.A.S en calidad de empleador, se permite certificar que el señor DENEIL BENAVIDES AMAYA, identificado con cedula de ciudadanía número 18,929,181, de Aguachica; quien laboró para nuestra empresa en la ejecución de la orden de construcción No OC- 8000005160. CUYO OBJETO: CONSTRUCCIÓN DE BATERIAS SANITARIAS DE LA ESCUELA LA ESPERANZA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA - DEPARTAMENTO DE ARAUCA. Durante el periodo comprendido del 20 de enero de 2025 hasta el 13 de abril de 2025 desempeñando el cargo de AYUDANTE PRACTICO DE CONSTRUCION, el cual demostró el cumplimiento con las labores que le fueron asignadas.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 31 días del mes de mayo de 2025.

Atentamente,

WILSON CARREÑO TRUJILLO
R/L CARREÑO CONSTRUYE SAS
NIT. 900.663.211-7

3146

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:09:42 AM horas del 02/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **18929181**

Apellidos y Nombres: **BENAVIDES AMAYA DENEIL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

3147

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 02 de septiembre de 2025, a las 08:10:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	18929181
Código de Verificación	18929181250902081038

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

3148

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 279616371

PIB
08:12:08

Bogotá DC, 02 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DENEIL BENAVIDES AMAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 18929181:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

3149

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vera	Tamara	Eusebio.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 96.124.111

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 23 MES 07 AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Boyaca

MUNICIPIO Cubara

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cr: 17 # 18-30.

PAÍS Colombia DEPTO Arauca

MUNICIPIO Saravena.

TELÉFONO 3102070774 EMAIL .

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES ___ AÑO ____

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

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

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

3150

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	12	144
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	144

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ◯ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS 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 Saravena, 5/12/25

Eusbio Vera

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

3151

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Consorcio Pavimento Rigido de Saravena			Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Arauca	Saravena	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 16 MES 11 AÑO 2023	DÍA 30 MES 04 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Ayudante de obra		Cll: 20 No 2c-39 Ale 2.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Consorcio vias y espacios publicos Saravena.			Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Arauca	Saravena.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 23 MES 05 AÑO 2023	DÍA 04 MES 07 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Ayudante de obra		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

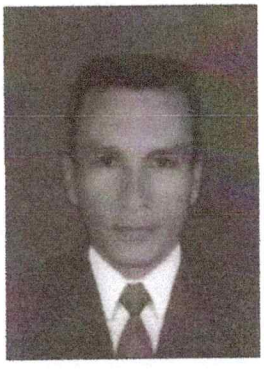
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

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

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

EUSEBIO VERA TAMARA



INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES:	EUSEBIO
APELLIDOS:	VERA TAMARA
CÉDULA DE CIUDADANIA:	96.124.111 de Saravena
FECHA DE NACIMIENTO:	23 de Julio de 1977
LUGAR DE NACIMIENTO:	Cubará - Boyacá
CELULAR:	3102070774
ESTADO CIVIL:	Soltero
DIRECCIÓN:	Carrera 17 #18-30 Barrio Seis de Octubre
CIUDAD:	Saravena - Arauca

PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable, bastante dinámico, con deseos de superación y mis metas están basadas en el logro de objetivos claros; aprendiendo rápido y cumplo de manera adecuada con la puntualidad, honestidad y responsabilidad en las distintas actividades que realizo.
Dispuesto a cumplir con las distintas funciones, obligaciones y normas laborales que tengan establecidas, me presento con gran entusiasmo a su empresa para formar parte del cumplimiento de metas planteadas en su misión.

FORMACIÓN ACADÉMICA

ESTUDIOS PRIMARIOS:

Institucion: Playas del Bojabá
Grado: 5°
Lugar: Vereda Playas del Bojabá - Saravena

EXPERIENCIA LABORAL

Nombre: **JORGE ENRIQUE VILLARRAGA POVEDA**
Cargo: Arquitecto
Tiempo Laborado: 4 meses
Ciudad: Bogotá

Nombre: **WILSON CARREÑO TRUJILLO**
Cargo: R/L CONSORCIO URBANISMO Y CERRAMIENTO SIMON BOLIVAR
Teléfono: 8820232
Tiempo Laborado: 2 meses
Ciudad: Saravena

Nombre: **ANDRES GILBERTO PEREZ PARRA**
Cargo: R/L CONSORCIO VIAS Y ESPACIO PUBLICO SARAVENA
Teléfono: 8854769
Tiempo Laborado: 3 meses
Ciudad: Saravena

Nombre: **WILLIAN ALCANTARA**
Cargo: Ayudante de construcción
Teléfono: 3228852543
Tiempo Laborado: 1 Año
Ciudad: Saravena

Nombre: **HUMBERTO HERNANDEZ**
Cargo: Ayudante de construcción
Teléfono: 3138952851
Tiempo Laborado: 2 Años
Ciudad: Saravena

3154

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 96.124.111
VERA TAMARA
APELLIDOS
EUSEBIO
NOMBRES

Eusebio Vera



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1977
CUBARA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-FEB-1997 SARAVENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1002500-00213416-M-0096124111-20100208 0020730184A 1 1750104675

3158

CONSORCIO VIAS Y ESPACIO PUBLICO SARAVENA

NIT. 901.650.352-4

CERTIFICACIÓN LABORAL

ANDRES GILBERTO PEREZ PARRA, en calidad de representante legal del **CONSORCIO VIAS Y ESPACIO PUBLICO DE SARAVENA**, identificado con Nit. 901.650.352-4

CERTIFICO

Que el señor **EUSEBIO VERA TAMARA**, identificado con cedula de ciudadanía N° 96124111 de SARAVENA, laboró para el **CONSORCIO VIAS Y ESPACIO PUBLICO DE SARAVENA**, contrato de obra N° 197 DE 2022, suscrito con el MUNICIPIO DE SARAVENA, cuyo objeto es "CONSTRUCCION DE PAVIMENTO RIGIDO Y ESPACIO PUBLICO EN LAS VIAS URBANAS DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA". Desde el 23 de mayo hasta 04 de julio de 2023. Desempeñándose como AYUDANTE DE FONTANERIA.

Se expide la presente a solicitud del interesado, para los fines que crea conveniente a los (06) días del mes de julio de 2023.

Cordialmente.

Andres Gilberto Perez Parra
C. I.
Representante Legal

ANDRES GILBERTO PEREZ PARRA.
R/L. CONSORCIO VIAS Y ESPACIO PUBLICO DE SARAVENA
NIT: 901.650.352-4

3156

CONSORCIO

PAVIMENTO RIGIDO DE SARAVENA

CERTIFICACIÓN LABORAL

ANDRES GILBERTO PEREZ PARRA, en calidad de representante legal del CONSORCIO PAVIMENTO RIGIDO DE SARAVENA, identificado con Nit. 901.717.032-2

CERTIFICO

Que el señor EUSEBIO VERA TAMARA, identificado con cédula de ciudadanía Nº 96124111 de SARAVENA, laboró para el CONSORCIO PAVIMENTO RIGIDO DE SARAVENA, contrato de obra N° 120 DE 2023, suscrito con la ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, cuyo objeto es "CONSTRUCCION DE PAVIMENTO RIGIDO Y OBRAS COMPLEMENTARIAS EN VIAS URBANAS DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA". Desde el dia 16 de noviembre de 2023 hasta el 30 de abril de 2024. Desempeñándose como AYUDANTE DE OBRA.

Se expide la presente a solicitud del interesado, para los fines que crea conveniente a los treinta (30) dias del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

Andres Gilberto Pérez Parra
Ingeniero Civil
Representante Legal

ANDRES GILBERTO PEREZ PARRA.
R/L. CONSORCIO PAVIMENTO RIGIDO DE SARAVENA
NIT: 901.717.032- 2

Cra 73 No. A - [illegible] piso 2 – Barrio Cerro
Cel 885-4764

3157

TERMOTECNICA
COINDUSTRIAL S.A.
INGENIEROS CONTRATISTAS

SGS

Industria y Comercio
SUPERINTENDENCIA

CERTIFICACION

Certificamos que el señor **EUSEBIO VERA TAMARA**, identificado con la cédula de ciudadanía **No. 96.124.111 expedida en Saravena** , laboro para nuestra Compañía **TERMOTECNICA COINDUSTRIAL S.A.** Con el NIT No. **890.903.035-2,** en la obra **CONSTRUCCION Y PRUEBA DE UN (1) TANQUE DE ALMACENAMIENTO DE 50.000 BLS Y OBRAS CIVILES PARA LA ESTACION BANADIA SARAVENA CELEBRADO ENTRE EL OLEODUCTO BICENTENARIO DE COLOMBIA S.A.S,** desempeñando el cargo de **OBRERO** desde el día 11 **Mayo 2012 hasta el 30 de Noviembre de 2012.**

Se expide el presente para los efectos que se requieran en la ciudad de Saravena (Arauca), a los treinta (30) días del mes de Noviembre de 2012.

Cordialmente,

TERMOTECNICA COINDUSTRIAL S.A.
TERMOTECNICA
COINDUSTRIAL S.A.
INGENIEROS CONTRATISTAS

E. MORERA

EVERC ARNULFO MORERA
Administrador de Obra
Cel. : 3183818345

C.c. Consecutivo
Fol. hoja de vida

3158

UCSB
CONSORCIO
URBANISMO Y CERRAMIENTO
SIMON BOLIVAR

NIT. 901.201.273-5

CONSORCIO URBANISMO Y CERRAMIENTO SIMON BOLIVAR
NIT. 901.201.273-5

CERTIFICACIÓN

Yo, Wilson Carreño Trujillo representante legal del Consorcio Urbanismo y Cerramiento Simón Bolívar, en calidad de empleador, se permite certificar que el señor **VERA TAMARA EUSEBIO** identificado con cedula de ciudadanía número 96124111, laboró para nuestra empresa desempeñando el cargo de ayudante de Construcción, durante el periodo de tiempo del 29 de enero de 2019 hasta el 30 de marzo de 2019 para la ejecución del contrato de obra N° 144 de 2018 cuyo objeto es: **"CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE URBANISMO Y CERRAMIENTO; PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS ESCENARIOS RECREATIVOS, DEL COMPLEJO DEPORTIVO SIMÓN BOLÍVAR, DEL MUNICIPIO DE SARAVENA – DEPARTAMENTO DE ARAUCA"**, el cual demostró el cumplimiento con las labores que le fueron asignadas.

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 02 días del mes de abril de 2019.

Atentamente,

WILSON CARREÑO TRUJILLO
R/L CUCSB
NIT. 901.201.273-5

DIRECCION: CRA 16ª 24-27
TEL: 8820232
EMAIL: WILCARTRU@GMAIL.COM

3159

MUNICIPIO DE SARAVENA
JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL
BARRIO SEIS DE OCTUBRE
P.J.N. 2011 del 17 de junio de 1986

LA JUNTA DE ACCIÓN COMUNAL DEL BARRIÓ SEIS DE OCTUBRE

CERTIFICA QUE:

QUE EL (LA) SEÑOR (A):**EUSEBIO VERA TAMARA;** mayor de edad, identificado(a) con cedula de ciudadanía N° 96.124.111 Expedida en Saravena. Es residente en casa familiar en el predio ubicado en carrera 17 # 18-30 hace aproximadamente treinta (30) años.

Lo anterior se expide a solicitud del (la) interesado para trámites de empleo.

Dado en Saravena – Arauca a los veintitrés (23) días del mes de septiembre del dos mil veinticinco (2025).

En constancia firma,

Presidente

LIBARDO BUENAS B.
Presidente J.A.C.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3160

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14943733395

(415)7707212489984(8020) 000001494373339 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 6 1 2 4 1 1 1 | 6. DV 1

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Arauca

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 6 1 2 4 1 1 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Arauca 8 1	Saravena 7 3 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VERA	TAMARA	EUSEBIO	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Saravena 7 3 6

41. Dirección principal: CR 17 18 30 BRR SEIS DE OCTUBRE

42. Correo electrónico: documentos.docu@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 0 2 0 7 0 7 7 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 3 3 0	2 0 1 2 0 2 0 2	4 2 1 0	2 0 1 9 0 9 0 5				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VERA TAMARA EUSEBIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 22-09-2025 04:54:27PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

3161

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 05 de diciembre de 2025, a las 16:18:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	96124111
Código de Verificación	961241112512051618 00

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

3162

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:18:25 PM horas del 05/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **96124111**

Apellidos y Nombres: **VERA TAMARA EUSEBIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

3163

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 276782037

PIB
15:47:52
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de julio del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EUSEBIO VERA TAMARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 96124111:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

3164

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Villamizar	Cepeda	Victor Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (A) C.E ( ) PAS ( ) No. 1026 138 827

SEXO: F ( ) M (A)

NACIONALIDAD: COL. (A) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 24 MES 07 AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Arauca

MUNICIPIO Saravena

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 23 11-37

PAÍS Colombia DEPTO Arauca

MUNICIPIO Saravena

TELÉFONO 314439 EMAIL .

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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2006
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO (•) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS 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 Saravena, 28-NOV-2025

Victor Villamizar

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

APELLIDOS:	Villamizar Cepeda
NOMBRE:	Víctor Alfonso
SEXO:	Masculino
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.026.138.827 caldas - Antioquia
FECHA DE NACIMIENTO:	24 de julio 1989
LUGAR DE NACIMIENTO:	Saravena (Arauca)
ESTADO CIVIL:	unión libre
DIRECCION DE RESIDENCIA:	calle 23 # 11 – 37 b. Alfonso López
CIUDAD/DPTO:	Saravena (Arauca)
TELEFONO:	3144392716
E-MAIL:	victorvilla99@hotmail.com

FORMACION ACADEMICA

ESTUDIOS DE SECUNDARIA:

INSTITUCION:	colegio nacionalizado pablo VI
TITULO OBTENIDO:	Bachiller Técnico
FECHA DE GRADO:	diciembre 7 del 2006
CIUDAD/ DPTO:	Cubará (Boyacá)

Estudios secundarios

NOMBRE: ingles nivel A 2
INSTITUCIÓN: Sena
CIUDAD: Sogamoso
AÑO: 21 octubre 2014

NOMBRE: electricidad básica
INSTITUCIÓN: servicio nacional de aprendizaje Sena,
CIUDAD: Sogamoso
AÑO:21 de octubre 2014

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE:	María Nohemí Villamizar Contreras
OCUPACION:	Docente
EMPRESA:	Colegio Nacional la Frontera
TELEFONO:	311 4517 981

NOMBRE:	Cristóbal Zambrano Portilla.
OCUPACION:	distribuidor ventas partes eléctricas.
EMPRESA:	ferretería femelec
TELEFONO:	320 2764 034

Victor Alfonso Villamizar Cepeda

1026138827 Caldas – Antioquia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.138.827**

VILLAMIZAR CEPEDA

APELLIDOS

VICTOR ALFONSO

NOMBRES

Victor Alfonso Villamizar

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1989**

SARAVENA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80	**A-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-NOV-2007 CALDAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2717200-00328445-M-1026138827-20110829 **00278**72552A 1 35804195

3171

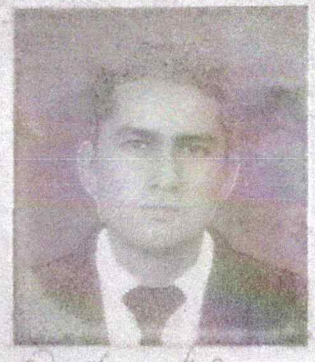
REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 3907248096?

APELLIDOS Y NOMBRES

VILLAMIZAR CEPEDA
VICTOR ALFONSO

PERTENECE AL EJERCITO DE:



1ª LINEA 31 - DIC	2ª LINEA 31 - DIC	3ª LINEA 31 - DIC
2019	2029	2039

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 11-ABR-2007

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2154775

EJ ATL 109

3172

La República de Colombia
Y en su nombre el

Colegio

Nacionalizado Pablo VI

Cubara - Boyacá

Reconocido oficialmente por la Secretaria de Educación del Departamento
según Resolución No. 2412 del 19 de Octubre de 2004.

Confiere a

Víctor Alfonso Villamizar Cepeda

Identificado (a) con TI No. 89072480962 Expedida en Arauca

El Título de

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al Nivel de Educación Media Académica,
de acuerdo con el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I.-

Rector

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaria de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 16 Diploma No. 33

Dado en Cubara, a 07 de Dic del año 2006

3173

COLEGIO NACIONALIZADO PABLO VI
Aprobado por resolución 2412 del 19 de Octubre de 2004
Por la secretaría de educación de Boyacá.
ICFES 040436 DANE 315223000119 NIT 826.002.541.9
Carrera 4 No 4-46 Tel (097)8838068
Cubará- Boyacá

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

Inscripción S. E.0613
DANE: 315223000119

En la ciudad de *Cubará* a los *07* días del mes de *Diciembre* del año *2006* se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del ultimo grado, Las suscritas rectora y secretaria del *COLEGIO NACIONALIZADO PABLO VI* institución aprobada *hasta nueva visita* en el nivel de educación media y autorizada *por la Secretaria de Educación Departamental para otorgar el titulo de bachiller en la modalidad ACADEMICO según resolución 2412 del 19 de Octubre de 2004.*

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media. Se procedió a otorgar el titulo de:

BACHILLER ACADEMICO

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

VICTOR ALFONSO VILLAMIZAR CEPEDA
T.I. 890721-80962 ARAUCA

Es fiel copia tomada del Acta Original general No *29* de fecha *Diciembre 07 de 2006*, que consta de *43* alumnos que comienzan con el nombre de *JORGE ORLANDO ACOSTA MAYORGA* y se cierra con el nombre de *IVAN WILCHES AGUABLANCA*

Firmado y sellado por ALBA MIREYA PICO SEPULVEDA (rectora) y LUZ MARINA SUAREZ NOVA (Secretaria)

Dada en *Cubará* a los *07* días del mes de *Diciembre del año 2006*

ALBA MIREYA PICO SEPULVEDA
CC.23.522.366 CHITA
RECTORA

LUZ MARINA SUAREZ N.
CC.46.361.382 Sogamoso
SECRETARIA

A la Verdad por la Virtud y la Ciencia

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **VICTOR ALFONSO VILLAMIZAR CEPEDA** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 1.026.138.827** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130842000200005970** aperturada el **04 de febrero de 2025**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El numero de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **842005970**
10 dígitos: **0842005970**
16 dígitos: **0842000200005970**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **04** de **febrero** de **2025** a las **11:51**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA

FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

HOBEFEL
OBRAS CIVILES

ANEXO EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

ORIGINAL

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.587

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 3176
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VILLALBA SAAVEDRA ELIESER	MASCULINO	41 AÑOS 9 MESES 27 DÍAS	CC (Tipo)	96125883 (Número)

Cargo

MAESTRO

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

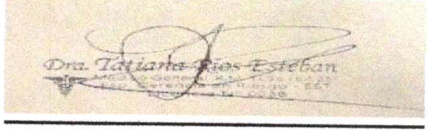
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad
R1526X1D1587

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VILLALBA SAAVEDRA ELIESER

CC: 96125883

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.597

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR 3177

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MUÑOZ BENJAMIN	MASCULINO	60 AÑOS 7 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	91461379 (Número)

Cargo

OFICIAL

EPS	AFP	ARL
COOSALUD	COLPENSIONES	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

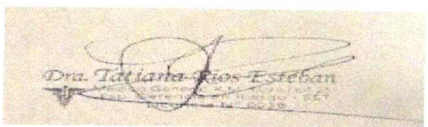
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad
Q1526U1A1597

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MUÑOZ BENJAMIN

CC: 91461379

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.599

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR 3178

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
URBINA RAMIREZ NEREMIAS	MASCULINO	43 AÑOS 27 DÍAS	CC (Tipo)	96125430 (Número)

Cargo

AYUDAN DE OBRA

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

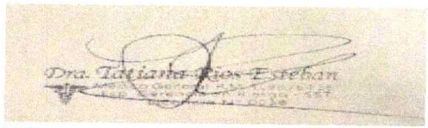
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad
C1526I1O1599

Aspirante o Trabajador

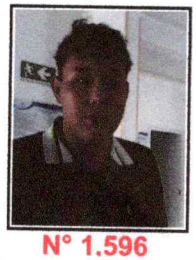
Firma: Neremias U. Ram. -

Nombre: URBINA RAMIREZ NEREMIAS

CC: 96125430

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



Nº 1.596

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR 3179

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
HERNANDEZ MOGOLLON ANDERSON EDUARDO	MASCULINO	20 AÑOS 2 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	1115726554 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIONES DE ACUERDO A RIESGOS , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIONES , LAVADO DE MANOS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

R. M.: 1116795475 **L.S.O.:** 8101274

Código de Seguridad
Z1526F1L1596

Aspirante o Trabajador

Anderson Hernandez

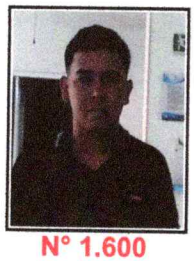
Firma:

Nombre: HERNANDEZ MOGOLLON ANDERSON EDUARDO

CC: 1115726554

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.600

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	3180 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
HERNANDEZ TAMARA JOHAN ALEXIS	MASCULINO	19 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC Tipo	1115726946 Número

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

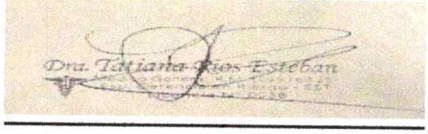
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad
V1526B1H1600

Aspirante o Trabajador

Johan Hernanda

Firma:

Nombre: HERNANDEZ TAMARA JOHAN ALEXIS

CC: 1115726946

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.602

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR 3181

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
FLOREZ FERNANDEZ MAICOL JUNIOR	MASCULINO	44 AÑOS 7 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	96125101 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PROTECCION	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

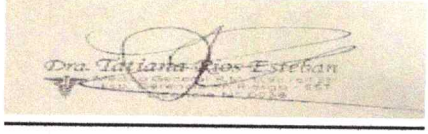
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad
C1526I1O1602

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FLOREZ FERNANDEZ MAICOL JUNIOR

CC: 96125101

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.604

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	3182 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
RIVERA ORTIZ OLFAN ALBEIRO	MASCULINO	33 AÑOS 10 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1115733528 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dra. Tatiana Rios Esteban

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 L.S.O.: 0038

Código de Seguridad
O1526U1A1604

Aspirante o Trabajador

Firma: Olfan Albeiro Rivera

Nombre: RIVERA ORTIZ OLFAN ALBEIRO

CC: 1115733528

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.601

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR 3183

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
OCHOA HENRRY ALONSO	MASCULINO	50 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS	CC (Tipo)	96189302 (Número)

Cargo

AYUDAN DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dra. Tatiana Rios Esteban

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad
W1526C1I1601

Aspirante o Trabajador

Firma: Henrry A. Ochoa

Nombre: OCHOA HENRRY ALONSO

CC: 96189302

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



N° 1.598

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 3184
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ACUÑA HERNANDEZ GABRIEL FERNANDO	MASCULINO	38 AÑOS 1 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1115728092 (Número)

Cargo

AYUDAN DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON PATOLOGÍA QUE NO RESTRINGE LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

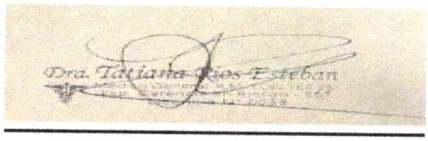
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR
USO DE LENGUA DE SEÑAS PARA REUNIONES
INSTRUCCIONES CLARAS POR ESCRITO
CAPACITACIÓN BÁSICA AL PERSONAL EN LENGUA DE SEÑAS
CULTURA LABORAL INCLUSIVA
ALARMAS VISUALES (LUCES EN LUGAR DE SONIDOS)
INDICADORES VISUALES EN MAQUINARIA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad

J1526P1V1598

Aspirante o Trabajador

Gabriel 3185

Firma:

Nombre: ACUÑA HERNANDEZ GABRIEL FERNANDO

CC: 1115728092

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.603

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 3186
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
BENAVIDES AMAYA DENEIL	MASCULINO	49 AÑOS 2 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	18929181 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS
ERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dra. Tatiana Rios Esteban

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 **L.S.O.:** 0038

Código de Seguridad
J1526P1V1603

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BENAVIDES AMAYA DENEIL

CC: 18929181

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



Nº 1.616

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR 3187

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
PANQUEVA SANCHEZ JOSE LUIS	MASCULINO	32 AÑOS 9 MESES 14 DÍAS	CC (Tipo)	1006407676 (Número)

Cargo

AYUDANTES DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
ESPECIALISTA	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIONES DE ACUERDO A RIESGOS , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIONES , LAVADO DE MANOS
BAJAR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO
CITA POR NUTRICION O DIETETICA
EVITAR LEVANTAR CARGA MAYOR O IGUAL A 25 KG (HOMBRES)
VALORACIÓN POR EPS Y ESTUDIOS CON IMAGEN COMPLEMENTARIOS
EVITAR REALIZAR TAREAS QUE GENEREN IMPACTO SOBRE REGIÓN ABDOMINAL
CITA POR EPS POR MEDICINA ESPECIALIZADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dr. Saul Manosalva Médico General Universidad Antonio Nariño

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma: JOSE LUIS

Nombre: PANQUEVA SANCHEZ JOSE LUIS

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.617

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 3188
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VILLAMIZAR CEPEDA VICTOR ALFONSO	MASCULINO	36 AÑOS 4 MESES 04 DÍAS	CC (Tipo)	1036138827 (Número)

Cargo

AYUDAN DE OBRA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	SURA

NCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO QUE NO IMPIDE REALIZAR LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE CARDIOVASCULAR	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SEGUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL, CAPACITACIONES DE ACUERDO A RIESGOS , USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIONES , LAVADO DE MANOS
CITA POR NUTRICION Y DIETETICA
AR DE PESO CON DIETA Y EJERCICIO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dr. Saul Manosalva
Medico General
Universidad Antonio Nariño
RM-1116795475

Firma:

Nombre: CC: 1116795475 - SAUL ARMANDO MANOSALVA

R. M.: 1116795475 **L.S.O.:** 8101274

Código de Seguridad
S1526Y1E1617

Aspirante o Trabajador

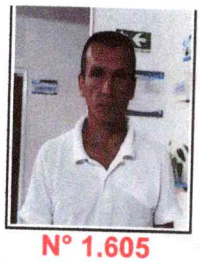
Firma:

Nombre: VILLAMIZAR CEPEDA VICTOR ALFONSO

CC: 1036138827

IPS simedical S.A.S

SIMEDICAL SAS
NIT: 901625724-5
Cel: 311 866 3611
Dirección: Calle 28 # 20 a - 26
Correo: simedical.ips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.605

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL 3189
28 DÍA	11 MES	2025 AÑO	SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMOSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOBEFEL S.A.S.	HOBEFEL S.A.S.

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

4290 - CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL.

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VERA TAMARA EUSEBIO	MASCULINO	48 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	96124111 (Número)

Cargo

AYUDANTE DE OBRA

EPS	AFP	ARL
COOSALUD	PORVENIR	SURA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	OTROS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DE TRONCO, MIEMBROS SUPERIORES, E INFERIORES ANTE DE INICIAR SUS ACTIVIDADES LABORES Y AL CULMINAR LA JORNADA LABORAL. AYUDARA A MITIGAR ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES
TENER ENCUENTA ERGONOMIA COROPORAL EN SU SITIO DE TRABAJO.
SUGERIMOS TENER PERIODOS DE PAUSAS ACTIVAS CADA 4 HORAS EN LOS CUALES DEBE APLICAR LOS EJERCICIO DE ESTIRAMIENTO.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUIERIDOS PARA EL CARGO
EJERCICIO POR 30 MINUTOS TODOS LOS DIAS, CAMINAR ES UNA BUENA MANERA DE MANTENER SU CORAZÓN SALUDABLE Y SUS MÚSCULOS
FUERTES O COMBINE EJERCICIO, COMO NADAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dra. Tatiana Rios Esteban

Nombre: CC: 1098764381 - LEIDY TATIANA RIOS

R. M.: 1098764381 L.S.O.: 0038

Código de Seguridad
Z1526F1L1605

Aspirante o Trabajador

Firma: Eusebio

Nombre: VERA TAMARA EUSEBIO

CC: 96124111

HOBEFEL
OBRAS CIVILES

3190

ANEXO AFILIACICONES SEGURIDAD SOCIAL

ORIGINAL

ARL | sura 3191

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C96125883	VILLALBA SAAVEDRA ELIESER	02/12/2025	01/12/2025	227150Tn	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 11:00:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

3192

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C91461379	MUÑOZ BENJAMIN	02/12/2025	14/12/2025	2871401F	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 10:04:72 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

3193

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C96125430	URBINA RAMIREZ NEREMIAS	02/12/2025	14/12/2025	14932419	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 17:29:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.33, 172.16.42.57

3194

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000005 RIESGO 5			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1115726554	HERNANDEZ MOGOLLON ANDERSON EDUARDO	02/12/2025	14/12/2025	YJ175247	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 17:02:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

3195

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000005 RIESGO 5			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C96125101	FLOREZ FERNANDEZ MAICOL JUNIOR	02/12/2025	14/12/2025	16347257	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 16:56:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.33, 172.16.42.57

3196

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000005 RIESGO 5			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1115726946	HERNANDEZ TAMARA JOHAN ALEXIS	02/12/2025	14/12/2025	18523403	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 17:25:06 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.33, 172.16.42.57

3197

ARL | sura

Medellín, 01 de Dicember de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1115733528	RIVERA ORTIZ OLFAN ALBEIRO	02/12/2025	14/12/2025	f4227396	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 17:55:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

3198

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000005 RIESGO 5			Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %	
C96189302	OCHOA HENRY ALONSO	02/12/2025	14/12/2025	f4428314	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 17:40:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

3199

ARL | sura

Medellín, 01 de Dicember de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1115728092	ACUÑA HERNANDEZ GABRIEL FERNANDO	02/12/2025	14/12/2025	f4227396	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 17:42:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

3200

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C18929181	BENAVIDES AMAYA DENEIL	02/12/2025	14/12/2025	16347257	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 16:08:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.33, 172.16.42.57

3201

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006407676	PANQUEVA SANCHEZ JOSE LUIS	02/12/2025	14/12/2025	24784271	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 10:40:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 RIESGO 5		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1026138827	VILLAMIZAR CEPEDA VICTOR ALFONSO	02/12/2025	14/12/2025	47387752	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 16:42:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.33, 172.16.42.57

3203

ARL | sura

Medellín, 01 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000005 RIESGO 5			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C96124111	VERA TAMARA EUSEBIO	02/12/2025	14/12/2025	54794611	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/12/2025 10:44:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.227.120, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3204

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9613708	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	96125883	ELIESER VILLALBA SAAVEDRA	2218710	MAESTRO DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
CC	91461379	BENJAMIN	MUÑOZ	1/06/2020 12:00:00 a. m.	ARAUCA	SARAVENA	CRV 122 ESTE # 11 CLL 29 6 59		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
901488334	HOBEFEL S.A.S.	N		01/12/2025

La anterior certi icación se expide y irma, a los 2 días del mes de Diciembre de 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta los 2 días del mes de enero de 2026 Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

3209

3206

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709846	01/12/2025	Ingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115726554	ANDERSONEDUARDO HERNANDEZ MOGOLLON	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3207

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709856	01/12/2025	Ingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	96125101	MAICOLJUNIOR FLOREZ FERNANDEZ	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3208

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709852	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115726946	JOHANALEXIS HERNANDEZ TAMARA	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3209

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709860	01/12/2025	Ingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115733528	OLFANALBEIRO RIVERA ORTIZ	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3210

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709864	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	96189302	HENRRY ALONSO OCHOA	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3211

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709869	01/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1115728092	GABRIELFERNANDO ACUÑA HERNANDEZ	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3212

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709874	01/12/2025	Ingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18929181	DENEIL BENAVIDES AMAYA	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3213

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709879	01/12/2025	Ingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1006407676	JOSELUIS PANQUEVA SANCHEZ	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

3214

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/12/2025, el empleador HOBEFEL SAS identificado con NIT número 901488334 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9709882	01/12/2025	Ingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1026138827	VICTORALFONSO VILLAMIZAR CEPEDA	1650330	AYUDANTE DE OBRA	2025-12-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	96124111	EUSEBIO	VERA TAMARA	10/08/2021 12:00:00 a. m.	ARAUCA	SARAVENA	CR 26A # 16 - 43 BARRIO CABECERAS DEL LLANO		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901488334	HOBEFEL S.A.S.	N		01/12/2025

La anterior certificación se expide y firma, a los 2 días del mes diciembre de de 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta los 2 días del mes de enero de 2026 Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

3215

3216

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIESER VILLALBA SAAVEDRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **96.125.883**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

3217

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANDERSON EDUARDO HERNANDEZ MOGOLLON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115726554,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

3218

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FLOREZ FERNANDEZ MAICOL JUNIOR** identificado(a) con **CC** número **96.125.101** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 15 de septiembre de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 01 de diciembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

3219

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHAN ALEXIS HERNANDEZ TAMARA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115726946,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

3220

Comfiar
Sabemos lo que quieres
Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3226684 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) VILLAMIZAR CEPEDA VICTOR ALFONSO identificado (a) con cédula de ciudadanla No 1026138827, se encuentra afiliado (a) a nuestra corporación, su estado es A (Activo)

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3221

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3434642 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) RIVERA ORTIZ OLFAN ALBEIRO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1115733528, se encuentra afiliado(a) a nuestra Entidad en la modalidad de SUBSIDIO por intermedio de la empresa HOBEFEL SAS Nit No. 901488334, desde el 01 Diciembre de 2025 y actualmente es Categoría A.

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3222

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3429647 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) PANQUEVA SANCHEZ JOSE LUIS identificado (a) con cédula de ciudadanla No 1006407676, se encuentra afiliado (a) a nuestra corporación, su estado es A (Activo).

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3223

Comfiar
Sabemos lo que quieres
Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3444739 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) HERNANDEZ TAMARA JOHAN ALEXIS identificado (a) con cédula de ciudadania No 1115726946, se encuentra afiliado (a) a nuestra corporación, su estado es categoria A (Activo)

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3224

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3429644 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) OCHOA HENRY ALONSO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 96189302, se encuentra afiliado(a) a nuestra Entidad en la modalidad de SUBSIDIO por intermedio de la empresa HOBEFEL SAS Nit No. 901488334, desde el 01 Diciembre de 2025 y actualmente es Categoría A.

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3225

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3454638 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) ACUÑA HERNADEZ GABRIEL FERNANDO identificado (a) con cédula de ciudadanla No 1115728092, se encuentra afiliado (a) a nuestra corporación, su categoria es A y estado(Activo).

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3226

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3434652 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) VERA TAMARA EUSEBIO identificado (a) con cédula de ciudadania No 96124111, se encuentra afiliado (a) a nuestra corporación, suestado es A (Activo).

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3229

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3436642 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) BENAVIDES AMAYA DENEIL identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 18929181, se encuentra afiliado(a) a nuestra Entidad en la modalidad de SUBSIDIO por intermedio de la empresa HOBEFEL SAS Nit No. 901488334, desde el 01 Diciembre de 2025 y actualmente es Categoría A.

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3228

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No.3466654 de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) MUNOZ BENJAMIN identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 91461379, se encuentra afiliado(a) a nuestra Entidad en la modalidad de SUBSIDIO por intermedio de la empresa HOBEFEL SAS Nit No. 901488334, desde el 01 Diciembre de 2025 y actualmente es Categoría A.

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3229

Comfiar
Sabemos lo que quieres

Línea gratuita de atención al cliente
018000945457

CERTIFICACIÓN No. 3426641de 2025-12-03

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ARAUCA COMFIAR

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) HERNANDEZ MOGOLLON ANDERSON EDUARDO identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1115726554, se encuentra afiliado(a) a nuestra Entidad en la modalidad de SUBSIDIO por intermedio de la empresa HOBEFEL SAS Nit No. 901488334, desde el 01 Diciembre de 2025 y actualmente es Categoría A.

Esta certificación tiene validez de 30 dias, se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

JAMEL DUBAN CONTRERAS DURAN
Jefe Seccion Subsidio, Aportes y Fiscalización

3230

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTOR ALFONSO VILLAMIZAR CEPEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.138.827**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2056.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

3231

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EUSEBIO VERA TAMARA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **96.124.111**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

3232

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RIVERA ORTIZ OLFAN ALBEIRO** identificado(a) con **CC** número **1.115.733.528** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de marzo de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de diciembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

3233

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NEREMIAS URBINA RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **96.125.430**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

3234

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS PANQUEVA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.407.676**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

3235

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HENRRY ALONSO OCHOA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **96.189.302**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

3236

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GABRIEL FERNANDO ACUNA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.728.092**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

3237

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DENEIL BENAVIDES AMAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **18.929.181**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

3238

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BENJAMIN MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91461379,** se encuentra afiliado/a desde **12/11/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de diciembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

HOBFEL
OBRAS CIVILES

ANEXO PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

ORIGINAL FIRMADO

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 35954391
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-01-08

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	HOBEFEL SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901488334	D.V.	8	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	TV 22 # 16B 35	DEPARTAMENTO	CESAR	MUNICIPIO	VALLEDUPAR
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	HOBEFELSAS05@GMAIL.COM	TELÉFONO	3106829324
FAX	3007940297	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1085049388	PRIMER APELLIDO	PINEDA	SEGUNDO APELLIDO	CADENA
PRIMER NOMBRE	FRANCISCO	SEGUNDO NOMBRE	JAVIER		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 12	Año: 2026	Mes: 01	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
28		$23.837.778		35954391

3240

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1115728092	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	ACUÑA HERNANDEZ GABRIEL FERNANDO	$1.650.330
CC-1098826506	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	BAUTISTA DIAZ HENRY ALBERTO	$1.650.330
CC-18929181	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	BENAVIDES AMAYA DENEIL	$1.650.330
CC-1026281075	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	CARRERO PARRA JENNIFFER MARCELA	$2.000.000
CC-1098754502	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	FIGUEROA CARDONA ANDRES FERNANDO	$3.000.000
CC-96125101	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	FLOREZ FERNANDEZ MAICOL JUNIOR	$1.650.330
CC-1115726554	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	HERNANDEZ MOGOLLON ANDERSON EDUARDO	$1.650.330
CC-1115726946	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	HERNANDEZ TAMARA JOHAN ALEXIS	$1.650.330
CC-1115738505	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	IBAÑEZ GODOY DANIEL FERNANDO	$1.650.330
CC-1031126168	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	JIMENEZ CASTRO LEONARDO	$1.423.500
CC-79625512	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	JIMENEZ MEDINA WILLIAM	$1.880.000
CC-1115740945	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	MERCHAN ANGARITA FRAIDEL YORJADIS	$1.650.330
CC-91461379	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	MUÑOZ BENJAMIN	$2.218.710
CC-96189302	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	OCHOA HENRRY ALONSO	$1.650.330
CC-1006407676	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	PANQUEVA SANCHEZ JOSE LUIS	$1.650.330
CC-88146739	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	PARADA TORRES ISVAN YOHANY	$2.218.710
CC-1006408948	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	PEREZ LOPEZ JOHAN SEBASTIAN	$1.650.330
CC-1115723361	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	PERICO COBARIA JOSE STIVEN	$1.650.330
CC-1085049388	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	PINEDA CADENA FRANCISCO JAVIER	$1.423.500
CC-1115734518	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	RIOS ORTIZ DARWIN RODOLFO	$1.650.330
CC-1098744571	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	RIOS ORTIZ YORDY DENNISON	$1.423.500
CC-1115733528	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	RIVERA ORTIZ OLFAN ALBEIRO	$1.650.330
CC-1095929606	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	ROA CHACON BRYAN ALBERTO	$3.000.000
CC-96125430	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	URBINA RAMIREZ NEREMIAS	$2.218.710
CC-96124111	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	VERA TAMARA EUSEBIO	$1.650.330
CC-96125883	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	VILLALBA SAAVEDRA ELIESER	$2.218.710
CC-1115723882	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	VILLAMIZAR ERIKA	$1.650.330
CC-1026138827	01	No	No	No	81	736	5429001	Fijo	VILLAMIZAR CEPEDA VICTOR ALFONSO	$1.650.330

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1115728092	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		

3241

NOVEDADES																																	
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1098826506			X	2025-12-14																									0		
CC - 18929181	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 1026281075			X	2025-12-14																									0		
CC - 1098754502			X	2025-12-14																									0		
CC - 96125101	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 1115726554	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 1115726946	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 1115738505			X	2025-12-14																									0		
CC - 1031126168			X	2025-12-14																									0		
CC - 79625512			X	2025-12-14																									0		
CC - 1115740945			X	2025-12-14																									0		
CC - 91461379	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 96189302	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 1006407676	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 88146739			X	2025-12-14																									0		
CC - 1006408948			X	2025-12-14																									0		
CC - 1115723361			X	2025-12-14																									0		
CC - 1085049388			X	2025-12-14																									0		
CC - 1115734518			X	2025-12-14																									0		
CC - 1098744571			X	2025-12-14																									0		
CC - 1115733528	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 1095929606			X	2025-12-14																									0		
CC - 96125430	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 96124111	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 96125883	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		
CC - 1115723882			X	2025-12-14																									0		
CC - 1026138827	X	2025-12-01	X	2025-12-14																									0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1115728092	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1098826506	COLPENSIONES	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 18929181	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0

3242

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1026281075	PORVENIR	14	$933.334	0.1600000	$149.400	$0	$0	$149.400	$0	$0	$0
CC - 1098754502	COLPENSIONES	14	$1.400.000	0.1600000	$224.000	$0	$0	$224.000	$0	$0	$0
CC - 96125101	PROTECCION	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1115726554	COLPENSIONES	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1115726946	COLPENSIONES	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1115738505	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1031126168	PORVENIR	14	$664.300	0.1600000	$106.300	$0	$0	$106.300	$0	$0	$0
CC - 79625512	PORVENIR	14	$877.334	0.1600000	$140.400	$0	$0	$140.400	$0	$0	$0
CC - 1115740945	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 91461379	COLPENSIONES	14	$1.035.398	0.1600000	$165.700	$0	$0	$165.700	$0	$0	$0
CC - 96189302	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1006407676	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 88146739	PORVENIR	14	$1.035.398	0.1600000	$165.700	$0	$0	$165.700	$0	$0	$0
CC - 1006408948	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1115723361	COLPENSIONES	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1085049388	PORVENIR	14	$664.300	0.1600000	$106.300	$0	$0	$106.300	$0	$0	$0
CC - 1115734518	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1098744571	PORVENIR	14	$664.300	0.1600000	$106.300	$0	$0	$106.300	$0	$0	$0
CC - 1115733528	PROTECCION	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1095929606	PROTECCION	14	$1.400.000	0.1600000	$224.000	$0	$0	$224.000	$0	$0	$0
CC - 96125430	PORVENIR	14	$1.035.398	0.1600000	$165.700	$0	$0	$165.700	$0	$0	$0
CC - 96124111	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 96125883	PORVENIR	14	$1.035.398	0.1600000	$165.700	$0	$0	$165.700	$0	$0	$0
CC - 1115723882	COLPENSIONES	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0
CC - 1026138827	PORVENIR	14	$770.154	0.1600000	$123.300	$0	$0	$123.300	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1115728092	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	5429001	0.0696000	$53.700

3243

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1098826506	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 18929181	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1026281075	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$933.334	0.0400000	$37.400	$0	0	$0	0	$0	14	$933.334	54290001	0.0696000	$65.000
CC - 1098754502	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$1.400.000	0.0400000	$56.000	$0	0	$0	0	$0	14	$1.400.000	54290001	0.0696000	$97.500
CC - 96125101	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1115726554	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1115726946	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1115738505	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1031126168	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$664.300	0.0400000	$26.600	$0	0	$0	0	$0	14	$664.300	54290001	0.0696000	$46.300
CC - 79625512	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$877.334	0.0400000	$35.100	$0	0	$0	0	$0	14	$877.334	54290001	0.0696000	$61.100

3244

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1115740945	EPS-S COOSALUD	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 91461379	EPS-S COOSALUD	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	$0	0	$0	0	$0	14	$1.035.398	54290001	0.0696000	$72.100
CC - 96189302	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1006407676	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 88146739	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	$0	0	$0	0	$0	14	$1.035.398	54290001	0.0696000	$72.100
CC - 1006408948	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1115723361	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1085049388	EPS SURA	14	$664.300	0.0400000	$26.600	$0	0	$0	0	$0	14	$664.300	54290001	0.0696000	$46.300
CC - 1115734518	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1098744571	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$664.300	0.0400000	$26.600	$0	0	$0	0	$0	14	$664.300	54290001	0.0696000	$46.300

3245

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1115733528	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1095929606	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$1.400.000	0.0400000	$56.000	$0	0	$0	0	$0	14	$1.400.000	54290001	0.0696000	$97.500
CC - 96125430	SANITAS	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	$0	0	$0	0	$0	14	$1.035.398	54290001	0.0696000	$72.100
CC - 96124111	EPS-S COOSALUD	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 96125883	NUEVA E.P.S. S.A.	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	$0	0	$0	0	$0	14	$1.035.398	54290001	0.0696000	$72.100
CC - 1115723882	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700
CC - 1026138827	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	14	$770.154	0.0400000	$30.900	$0	0	$0	0	$0	14	$770.154	54290001	0.0696000	$53.700

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1115728092	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1098826506	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-18929181	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1026281075	COMFIAR	14	$933.334	0.0400000	$37.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1098754502	COMFIAR	14	$1.400.000	0.0400000	$56.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-96125101	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1115726554	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

3246

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1115726946	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1115738505	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1031126168	COMFIAR	14	$664.300	0.0400000	$26.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-79625512	COMFIAR	14	$877.334	0.0400000	$35.100	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1115740945	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-91461379	COMFIAR	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-96189302	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1006407676	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-88146739	COMFIAR	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1006408948	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1115723361	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1085049388	COMFIAR	14	$664.300	0.0400000	$26.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1115734518	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1098744571	COMFIAR	14	$664.300	0.0400000	$26.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1115733528	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1095929606	COMFIAR	14	$1.400.000	0.0400000	$56.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-96125430	COMFIAR	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-96124111	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-96125883	COMFIAR	14	$1.035.398	0.0400000	$41.500	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1115723882	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1026138827	COMFIAR	14	$770.154	0.0400000	$30.900	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 12											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	18	$2.338.800	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$2.338.800
COLPENSIONES	7	$1.006.200	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$1.006.200
PROTECCION	3	$470.600	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$470.600

3247

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	1	$41.500	$0	0	$0	0	$0	$41.500	0	$0	$0	$41.500	$0	0	$0	$0	$41.500	$0	$0	$41.500
EPS SURA	1	$26.600	$0	0	$0	0	$0	$26.600	0	$0	$0	$26.600	$0	0	$0	$0	$26.600	$0	$0	$26.600
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	15	$469.900	$0	0	$0	0	$0	$469.900	0	$0	$0	$469.900	$0	0	$0	$0	$469.900	$0	$0	$469.900
EPS-S COOSALUD	3	$103.300	$0	0	$0	0	$0	$103.300	0	$0	$0	$103.300	$0	0	$0	$0	$103.300	$0	$0	$103.300
NUEVA E.P.S. S.A.	8	$314.300	$0	0	$0	0	$0	$314.300	0	$0	$0	$314.300	$0	0	$0	$0	$314.300	$0	$0	$314.300

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	28	$1.661.300	0	$0	$0	$1.661.300	0	$0	$1.661.300	0	$0	$0	$1.661.300

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
COMFIAR	28	$955.600	0	$0	$955.600
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	5	$955.600
PENSIONES	3	$3.815.600

3248

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
RIESGOS PROFESIONALES	1	$1.661.300
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$955.600
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$7.388.100

3249

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 35964961
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2026-01-08

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	HOBEFEL SAS	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	901488334	D.V.	8	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	TV 22 16B 35	DEPARTAMENTO	CESAR	MUNICIPIO	VALLEDUPAR
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4290	CORREO ELECTRÓNICO	HOBEFELSAS05@GMAIL.COM	TELÉFONO	3106829324
FAX	3007940297	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Contratante

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1085049388	PRIMER APELLIDO	PINEDA	SEGUNDO APELLIDO	CADENA
PRIMER NOMBRE	FRANCISCO	SEGUNDO NOMBRE	JAVIER		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2025	Mes: 12	Año: 2025	Mes: 12	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		35964961

325

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-96126134	59	No	No	No	81	736	5429001	Salario	VELASCO SALCEDO LUIS ENRIQUE	$1.423.500

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 96126134	R	2025-12-01	T	2025-12-31																									0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 96126134	SINAFP	0	$0	0.0000000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 96126134	SIN EPS	0	$0	0.0000000	$0	$0	0	$0	0	$0	30	$1.423.500	5429001	0.0696000	$99.100

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-96126134	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 12												
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA												
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
SINAFP	1	$0	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$0

325

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SIN EPS	1	$0	$0	0	$0	0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$0	$0	$0

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$99.100	0	$0	$0	$99.100	0	$0	$99.100	0	$0	$0	$99.100

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	0	$0	$0
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	0	$0
PENSIONES	0	$0
RIESGOS PROFESIONALES	1	$99.100
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$99.100

HOBEFEL
OBRAS CIVILES

ANEXO ENTREGA DE DOTACIÓN

ORIGINAL FIRMADO

HOBEFEL
OBRAS CIVILES

INSPECCIÓN DE DOTACIÓN Y ENTREGA DE EPP

Responsable: Jemiffer M. Carrero Parra

Fecha: 1-12-2025

Nota: *Se debe diligenciar colocando una "B" si Cumple el elemento inspeccionado o se marcará con una "X" si el elemento está en mal estado, deteriorado. "N/A" si no le aplica al trabajador.*

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FECHA DE ENTREGA DE DOTACIÓN	Casco	Gafas de seguridad	Tapón de oídos de silicona	Protectores auditivos de diadema para operadores de	Guantes de seguridad	Guantes impermeables	Guantes nylon en nitrilo	Botas industriales	OBSERVACIONES
1	Eliecer Villalva	Maestro	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
2	Benjamin Muñoz	Oficial	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
3	Neremias Urbina	Oficial	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
4	Anderson E Hernandez	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
5	Johan Alexis Hernandez	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
6	Marcol Junior Florez	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
7	Olfan Rivera	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
8	Henry A. Ochoa	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
9	Gabriel Acuera	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
10	Daniel Benavides	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
11	Jose L. Pangueba	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
12	Victor Villamizar	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	

HOBEFEL
OBRAS CIVILES

INSPECCIÓN DE DOTACIÓN Y ENTREGA DE EPP

Responsable: Jenniffer Marcela Carrero Parra

Fecha: 1-12-2025

Nota: *Se debe diligenciar colocando una "B" si Cumple el elemento inspeccionado o se marcará con una "X" si el elemento está en mal estado, deteriorado. "N/A" si no le aplica al trabajador.*

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	FECHA DE ENTREGA DE DOTACIÓN	Casco	Gafas de seguridad	Tapón de oídos de silicona	Protectores auditivos de diadema para operadores de	Guantes de seguridad	Guantes impermeables	Guantes nylon en nitrilo	Botas industriales	OBSERVACIONES
1	Eusebio Vera	Ayudante	1-12-2025	B	B	B	B	B	B	B	B	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

3259

HOBEFEL
OBRAS CIVILES

ANEXO FORMATO DE CHARLAS E INSPECCIONES

ORIGINAL FIRMADO

HOBFEL
OBRAS CIVILES

CONTRATO DE OBRA 253 DE 2025 " MEJORAMIENTO EN CONCRETO RÍGIDO DE LA CALLE DE ACCESO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LUCES DE ESPERANZA EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA."

LISTA DE ASISTENCIA

TEMA TRATADO	Reinducion, Divulgacion PSST, Charla preventiva Caida mismo y diferente nivel		
LUGAR	Obra Luces	**FECHA**	02/DIC/2025
RESPONSABLE	Profesional SST		

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CELULAR	FIRMA
1	Maicol Junior	Auxiliar C.	9695.101	
2	Henrry A. Ochoa	Ayudante.	3208455841	Henrry. A. O
3	Darwin Rodolfo Rios U	Ay de obra	3224632727	
4	Olfan Albeiro Rivera	Ayudante	3185970115	olfan Rivera
5	Jollan Sebastian Perez Lo	Ayudante	3227112624	Sebastian Perez
6	Jose Stiven Perico C.	ayudante	3138485136.	Jose Stiven
7	Anderson Eduardo Hernandez M.	ayudante	3227192821	Anderson Hernandez
8	Victor Alfonso Villamizar C.	Ayudante	3144392716	Victor Alfonso V.
9	Jose Luis Panquera	Ayudante		Jose Luis
10		3213308306		
11	Gabriel Acuña	Ayudante	3115429764	Gabriel
12	Eliezer Villalba	Maestro	3133548176	
13	Erika villamizar	Ayudante	3138347956	Erika villamizar
14	Benjamin Pinto	Oficial	3107836944	
15	Fraidel Yorjadiz machan	Ayudante	3203322084	Fraidel M.

Yamile M. Cameo
PROFESIONAL HSEQ

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 1-12-2025 **INDUCCIÓN** ✓ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Elieser Villalva Saavedra **CEDULA:** 93125883

AREA: Operativa **CARGO:** Maestro

Generalidades

- Presentación de la empresa
- Reglamento interno de trabajo
- Políticas institucionales
- Ruta de evacuación
- Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Elieser Villalva

Firma del Trabajador
C.C. 93125863

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1008504988

3260

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 2-DIC-2025 **INDUCCIÓN** ☑ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Benjamin MUÑOZ **CEDULA:** 91461379

AREA: operativa **CARGO:** Oficial

Generalidades
Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST
Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental
Manual de funciones del cargo
Responsabilidades del cargo
Formatos y registros
Normas de Seguridad
Manejo de elementos de protección personal E.P.P
Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales
Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Benjamin M

Firma del Trabajador
C.C. 91461379

Jennifer M. Camus

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3261

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 2-DIC-2025 **INDUCCIÓN** ☑ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Neremia Urbina Ramirez **CEDULA:** 96125430

AREA: Operativa **CARGO:** oficial

Generalidades
Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST
Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental
Manual de funciones del cargo
Responsabilidades del cargo
Formatos y registros
Normas de Seguridad
Manejo de elementos de protección personal E.P.P
Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales
Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Neremia Urbina

Firma del Trabajador
C.C. 96125430

Jennifer M. Cano

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3262

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 02/12/2025 **INDUCCIÓN** ✓ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Anderson E Hernandez M. **CEDULA:** 1115726554

AREA: Operativa **CARGO:** Ayudante

Generalidades

Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Firma del Trabajador
C.C. 1115726554

Jam Jfr M. Carrero
Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda
Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3763

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 2-DIC-2025 **INDUCCIÓN** ☑ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Johan Alexis Hernandez T. **CEDULA:** 1115726946

AREA: Operativo **CARGO:** Ayudante

Generalidades
Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST
Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental
Manual de funciones del cargo
Responsabilidades del cargo
Formatos y registros
Normas de Seguridad
Manejo de elementos de protección personal E.P.P
Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales
Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Johan A. Hernandez

Firma del Trabajador
C.C. 1115726946

Jennifer M Ceuno

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281015

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3264

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 02-12-2025 **INDUCCIÓN** ☑ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Marcol Junior Florez Hernandez **CEDULA:** 96125101

AREA: _____ **CARGO:** _____

Generalidades
Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Marcol Junior F.
Firma del Trabajador
C.C. 96125101

Yennyffer M Carmo
Responsable del SG-SST
C.C. 1026287075

Francisco J. Pineda
Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3265

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 24/Febrero/2025 **INDUCCIÓN** ☑ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Olfan Albeiro Rivera **CEDULA:** 1115733528

AREA: Operativo **CARGO:** Ayudante

Generalidades

Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Olfan Rivera

Firma del Trabajador
C.C. 1115733528

Daniela M. Cano

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 02/12/2025 **INDUCCIÓN** ✓ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Henry Alfonso Ochoa **CEDULA:** 96189302

AREA: Operativo **CARGO:** Ayudante

Generalidades

- Presentación de la empresa
- Reglamento interno de trabajo
- Políticas institucionales
- Ruta de evacuación
- Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Henry A. Ochoa
Firma del Trabajador
C.C. 96189302

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda
Firma del área administrativa
C.C. 1085 049388

3269

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 2-Dic-2025 **INDUCCIÓN** ☑ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Gabriel Fernando Acuña H **CEDULA:** 1115728092

AREA: Operativo **CARGO:** Ayudante 0

Generalidades
Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST
Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental
Manual de funciones del cargo
Responsabilidades del cargo
Formatos y registros
Normas de Seguridad
Manejo de elementos de protección personal E.P.P
Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales
Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Gabriel Acuña

Firma del Trabajador
C.C. 1115782092

Jennifer M. Cano

Responsable del SG-SST
C.C.

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1088049388

3268

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 02/12/2025 **INDUCCIÓN** ✓ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Daneil Benavides Amaya **CEDULA:** 1842q 181

AREA: Operativo **CARGO:** Ayudante

Generalidades

Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Daneil Benavides

Firma del Trabajador
C.C. 1892187

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3269

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 02/12/2025 **INDUCCIÓN** ✓ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Jose Luis Pangvera Sanchez **CEDULA:** 1006407676

AREA: Operativa **CARGO:** Ayudante

Generalidades

Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Firma del Trabajador
C.C. 1006407676

Responsable del SG-SST
C.C. 1026281075

Francisco J. Pineda
Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3270

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 02/12/2025 **INDUCCIÓN** ✓ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Victor Alfonso Villamizar C **CEDULA:** 1026138827

AREA: Operativo **CARGO:** Ayudante

Generalidades

Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Victor Villamizar

Firma del Trabajador
C.C. 1026138827

Jennifer M. Carrero

Responsable del SG-SST
C.C. 1026287075

Francisco J. Pineda

Firma del área administrativa
C.C. 1085044388

3271

HOBFEL
OBRAS CIVILES

REGISTRO INDUCCION - REINDUCCIÓN

FECHA: 02/12/2024 **INDUCCIÓN** ✓ **REINDUCCIÓN** ☐

NOMBRE: Eusebio Vera Tamara **CEDULA:** 96124111

AREA: Operativo **CARGO:** Ayudante

Generalidades

Presentación de la empresa
Reglamento interno de trabajo
Políticas institucionales
Ruta de evacuación
Reglamento de higiene y seguridad industrial

SGSST

Generalidades (políticas, normas, procedimientos, protocolos y manuales) del sistema de seguridad, salud en el trabajo y ambiental

Manual de funciones del cargo

Responsabilidades del cargo

Formatos y registros

Normas de Seguridad

Manejo de elementos de protección personal E.P.P

Prevención de accidentes de trabajo / enfermedades laborales

Identificación de peligros y riesgos de su puesto de trabajo

COMPROMISO Y ACEPTACION

Yo, quien a pie de firma registro como trabajador de la empresa estoy comprometido con las normas y procedimientos de seguridad dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor y Declaro que conozco el reglamento interno de trabajo, de Higiene y Seguridad Industrial, así mismo los estándares, procedimientos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa, me comprometo a cumplirlas e informar de inmediato cualquier condición que considere afecte mi salud y condiciones de trabajo, acepto la evaluación realizada y las exigencias de calificación en la misma.

Eusebio Vera T.
Firma del Trabajador
C.C. 96124111

Jennifer M. Cano
Responsable del SG-SST
C.C. 1026281035

Francisco J. Pineda
Firma del área administrativa
C.C. 1085049388

3272

HOBFEL
OBRAS CIVILES

CONTRATO DE OBRA 253 DE 2025 " MEJORAMIENTO EN CONCRETO RÍGIDO DE LA CALLE DE ACCESO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LUCES DE ESPERANZA EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA."			
LISTA DE ASISTENCIA			
TEMA TRATADO	Uso y mantenimiento EPP, uso adecuado de herramientas manuales, charla lineamientos COPASST.		
LUGAR	Obra luces de esperanza	**FECHA**	04/12/2025
RESPONSABLE			

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CELULAR	FIRMA
1	Darwin Rodolfo Rojo	Ay de obra	3224632727	
2	Maicol Junior	Auxiliar C	96125.101	
3	Henrry A. Ochoa	Ayudante	3208455841	Henrry A. O.
4	Jolton Johnatan Perez Lopez	Ayudante	3227117624	Johnatan Perez
5	Olfan Albeiro Rivera ortiz	Ayudante	3125970115	Olfan Rivera
6	Victor Alfonso villamizar C	Ayudante	3144342716	Victor Alfonso V.
7	Anderson Eduardo Hernandez M	Ayudante	3227192827	Anderson Hernandez.
8	Jose Stiven Perez Cabanas	ayudante	3139485136	Jose Stiven
9	Jose Luis Pangueva	Sanchez		Jose Luis
10	Erika villamizar	3213308306	3138347456	Erika villamizar
11	Gabriel Acuña	Ardedora	3115429764	Gabriel
12	Eliecer Villalba	Maestro	3133548176	
13	Benjamin Muñoz	Oficial	3107836944	
14	Fraidel yajaira merchan A	Ayudante	3203322084	Fraidel m
15	Wendy Urbina	Oficil	3108179113	Wendy Urbina

PROFESIONAL HSEQ

HOBFEL
OBRAS CIVILES

INSPECCIÓN DE BOTIQUIN Y CAMILLA DE EMERGENCIA	
RESPONSABLE:	Jennifer M. Carrero
UBICACIÓN BOTIQUÍN:	Entrada Bodega
UBICACIÓN CAMILLA:	Entrada Bodega
FECHA:	05/12/2025

*PARA INTEGRIDAD DEL PAQUETE: BUENA (B) REGULAR (R) MALA (M)

	TIPO DE ELEMENTO	CANTIDAD REQUERIDA	CANTIDAD ENCONTRADA	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1	Tapabocas.	4	4		
2	Tijeras trauma cortatodo	1	1		
3	Monogafas	1	1		
4	Compresas	4 Unid	4		
5	Vendaje elástico 5" x 4"	3 Unid	3		
6	Vendajes triangulares	6 Unid	6		
7	Guantes Desechables (2 talla M y 2 talla L)	4 Unid	4		
8	Esparadrapo de tela	1 Unid	1		
9	Curitas adhesivos	20 und	20		
10	Apoditos oculares	4 und	4		
10	Gasa esterilizada	4 Unid	4		
11	Suero fisiológico	4 und	4		
12	Baja lenguas	1 PQ	1		
	CAMILLA				
13	Está bien ubicada		Si		
14	Está protegida y conservada		SI		
15	Tiene señalización		SI		
16	Inmovilizadores de la cabeza		SI		
17	Estado de las correas		Buena		

Observaciones:

Firma responsable: Jennifer M. Carrero

HOBIFEL
OBRAS CIVILES

CONTRATO DE OBRA 253 DE 2025 " MEJORAMIENTO EN CONCRETO RÍGIDO DE LA CALLE DE ACCESO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA LUCES DE ESPERANZA EN EL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA."

LISTA DE ASISTENCIA

TEMA TRATADO	Charla Prevencion y atencion a Emergencias		
LUGAR	Obra	**FECHA**	07/12/2025
RESPONSABLE	Jenniffer M. Cuervo Parra		

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	CELULAR	FIRMA
1	Darwin Rodolfo Rios O.	Ayudante	322 463 27 27	
2	Johan Sebastian Perez Lopez	AYUDANTE	322 4117624	SEBASTIAN PEREZ
3	Daniel Fernando Ibañez	Obrero	3228887260	
4	fraidel Yorjanis Medina	Ayudante	3603322034	fraidel M.
5	Jose Steven Ponco Cobaria	Ayudante		Jose Steven.
6	Andres Fernando Quiroga	Ing. Ambiental	3202395534	Andres Quiroga
7	Eliecer Villalba Saavedra	Maestro	3133548176	
8	Isvan Yovanni Parada	oficial	3202741245	Isvan Yovanni
9	William Jimenez	Topografo	3112977916	William Jimenez
10	Maicol Junior	Ayudante	96125101	
11	Henry Ochoa	Ayudante		Henry Ochoa
12	Elfan Alberto Rivera	Ayudante	3125970115	
13	Anderson Eduardo Hernandez	ayudante	3144392116	Anderson H.
14	Jose Luis Pan quera	Ayudante	3217308306	Jose Luis
15				

PROFESIONAL HSEQ

HOBSFEL
OBRAS CIVILES

ORIGINAL FIRMADO

ANEXO PREOPERACIONALES

3296

HOBFEL OBRAS CIVILES

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE PROTECCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE INUNDACIONES SOBRE EL RIO BANADIA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

INSPECCION PREOPERACIONAL

CARROTANQUE

SEMANA DEL 17/11/2025 AL 23/11/2025 MARCA DODGE MODELO 1990

OPERADOR Albert A. Tovar UBICACIÓN Obra Luces PROYECTO 253/2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
PARTE EXTERNA CABEZOTE	Puerta derecha-izquierda/Estribos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ventanas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo retrovisor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas en general	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Sistema de suspensión	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Lamparas/luces delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo retrovisor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tanque de combustible	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Luces traseras/alarma de reserva	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INTERIOR CABINA	Vidrio parabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Plumillas limpiavidrios	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo retrovisor interior	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicadores luces frontales altas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicadores luces direccionales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador luces de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de velocidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de presio aceite motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Palanca freno del trailer	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pedales freno/cluch/acelerador	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Equipo de carretera	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR	Capo del motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Niveles de aceite	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Radiador/ventilador/correras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cableado eléctrico	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Troques-balancines	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Nivel agua refrigeracion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Albert Tovar													
	FIRMA SUPERVISOR SST	Jennifer M Camargo													

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

3277

HOBFEL
OBRAS CIVILES

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE PROTECCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE INUNDACIONES SOBRE EL RIO BANADIA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

INSPECCION PREOPERACIONAL

CARROTANQUE

SEMANA DEL 24/11/2025 AL 30/11/2025 MARCA DODGE MODELO 1970

OPERADOR 1 Albert Tovar UBICACIÓN Obras Vices PROYECTO 253/2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
PARTE EXTERNA CABEZOTE	Puerta derecha-izquierda/Estribos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ventanas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo retrovisor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas en general	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Sistema de suspensión	✓		✓		✓		✓		✓					
	Lamparas/luces delanteras	✓		✓						✓		✓			
	Espejo retrovisor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tanque de combustible	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Luces traseras/alarma de reserva	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INTERIOR CABINA	Vidrio parabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Plumillas limpiavidrios	✓		✓		✓		✓		✓					
	Espejo retrovisor interior	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicadores luces frontales altas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicadores luces direccionales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador luces de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de velocidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de presio aceite motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Palanca freno del trailer	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pedales freno/cluch/acelerador	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Equipo de carretera	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR	Capo del motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Niveles de aceite	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Radiador/ventilador/correras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cableado eléctrico	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Troques-balancines	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Nivel agua refrigeracion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Albert Tovar													
	FIRMA SUPERVISOR SST	Jennifer M. Cares													

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

3278

HOBFEL OBRAS CIVILES

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE PROTECCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE INUNDACIONES SOBRE EL RIO BANADIA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

INSPECCION PREOPERACIONAL

CARROTANQUE

SEMANA DEL 01/12/2025 AL 07/12/2025 MARCA Dodge MODELO 1970

OPERADOR Albert A Tovar UBICACIÓN Obra Luces PROYECTO 253/2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
PARTE EXTERNA CABEZOTE	Puerta derecha-izquierda/Estribos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ventanas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo retrovisor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas en general	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Sistema de suspensión	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Lamparas/luces delanteras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo retrovisor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Tanque de combustible	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Luces traseras/alarma de reserva	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
INTERIOR CABINA	Vidrio parabrisas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Plumillas limpiavidrios	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejo retrovisor interior	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicadores luces frontales altas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicadores luces direccionales	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador luces de parqueo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de velocidad	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de presio aceite motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Palanca freno del trailer	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pedales freno/cluch/acelerador	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Equipo de carretera	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR	Capo del motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Niveles de aceite	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Radiador/ventilador/correras	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cableado eléctrico	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Troques-balancines	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Nivel agua refrigeracion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

FIRMA		
	FIRMA OPERADOR	
	FIRMA SUPERVISOR SST	

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

3279

HOBEFEL
OBRAS CIVILES

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE PROTECCIÓN PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE INUNDACIONES SOBRE EL RIO BANADIA DEL MUNICIPIO DE SARAVENA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

INSPECCION PREOPERACIONAL

CARROTANQUE

SEMANA DEL 08-12-2025 AL 10-12-2025 MARCA Dodge MODELO 1970

OPERADOR Albert Tovar UBICACIÓN Obra Luce PROYECTO 253/2025

ITEM	CONCEPTO	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
PARTE EXTERNA CABEZOTE	Puerta derecha-izquierda/Estribos			✓											
	Ventanas			✓											
	Espejo retrovisor			✓											
	Llantas en general			✓											
	Sistema de suspensión			✓											
	Lamparas/luces delanteras			✓											
	Espejo retrovisor			✓											
	Tanque de combustible			✓											
	Luces traseras/alarma de reserva			✓											
INTERIOR CABINA	Vidrio parabrisas			✓											
	Plumillas limpiavidrios			✓											
	Espejo retrovisor interior			✓											
	Indicadores luces frontales altas			✓											
	Indicadores luces direccionales			✓											
	Indicador luces de parqueo			✓											
	Indicador de velocidad			✓											
	Indicador de combustible			✓											
	Indicador de presio aceite motor			✓											
	Palanca freno del trailer			✓											
	Pedales freno/cluch/acelerador			✓											
	Equipo de carretera			✓											
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR	Capo del motor			✓											
	Niveles de aceite			✓											
	Radiador/ventilador/correras			✓											
	Cableado eléctrico			✓											
	Troques-balancines			✓											
	Nivel agua refrigeracion			✓											

FIRMA		
FIRMA	FIRMA OPERADOR	Albert Tovar
	FIRMA SUPERVISOR SST	Jennifer M Carrero

HALLAZGOS Y SEGUIMIENTO

FECHA	HALLAZGO	ACCION CORRECTIVA / PREVENTIVA	RESPONSABLE	FECHA

*PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR