REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.399.735

BARRIGA PASCAGAZA
APELLIDOS

RIGOBERTO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1987
SUESCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-NOV-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500113-45144306-M-1032399735-20000120 00130 03020A 02 203048801

Scanned with CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

RIGOBERTO BARRIGA PASCAGAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.399.735**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 6 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Medellín, 06 de May de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000002 SENA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1032399735	BARRIGA PASCAGAZA RIGOBERTO	07/05/2026		20716721	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 06/05/2026 09:14:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.55.70.56, 192.230.104.16, 172.16.42.57

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Tunja | FECHA: Día 6 | Mes 05 | Año 26

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Construcciones y Soluciones If SAS | NIT / C.C. / C.E.: 901592036-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ P.P.T. ☐
BARRIGA	PASCADAZA	RIGOBERTO	No. 1032399735

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
Eco Servicios	Tunja	Boyaca	16 09 87	

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ CELULAR:

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL ☒ HOMOSEXUAL ☐ BISEXUAL ☐ INFORMACIÓN NO DISPONIBLE ☐

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☒ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☐ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: noregistro@gmail.com | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO	FECHA INGRESO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☒ TIEMPO PARCIAL ☐		6	05	26	Tunja

INGRESO MENSUAL ($): 1750905 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☒

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☒ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO: C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ P.P.T. ☐ No.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS. CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificacion Personal)
2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS. N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)
3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitaria, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la **"Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.** Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo **protecciondatos@comfaboy.com.co**, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (I) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (II) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (III) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (IV) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (V) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (VI) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Leído lo anterior, declaro ser el titular de la información. Al diligenciar y firmar este formulario autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a COMFABOY, para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, exacta y verídica.

Declaro que la información que se ha condensado en el presente formulario es veraz y se autoriza a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá – Comfaboy a que verifique la información en cualquier momento y a deducir de mi subsidio familiar en dinero los valores que me hayan dispuesto sin tener derecho a él, por este concepto o por el reporte inoportuno de las novedades.

Le recordamos que los subsidios monetarios puestos a su disposición y no cobrados, prescriben a los tres (3) años (Ley 21 de 1.982 Artículo 6).

El procedimiento de prescripción de cuota monetaria lo podrá consultar en la página web www.comfaboy.org

R. Rigoberto Barriga
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

VIGILADO SuperSubsidio

F-12-274 / Versión 13 / 10-04-2024

Original: Depto. Aportes y Subsidios Copia: Empleador

Scanned with CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012857180
9012857180

No. de Radicación SAT: 30585034

Fecha de Radicación: 05 05 2026 (D D M M A A A A)

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación:	A. Individual:	A. Contributivo:	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades: X	- Cotizante o cabeza de familia: X	B. Subsidiado: X	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	- Beneficiario o afiliado adicional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	B. Colectiva:			D. Afiliado adicional:		
	C. Institucional:					
	D. De oficio:					

A. AFILIACIÓN — II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BARRIGA	Segundo Apellido: PASCAGAZA	Primer Nombre: RIGOBERTO	Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1032399735	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			16 D 09 M A 1987 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad — Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: NO: X	SI: NO:	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.		$1.750.905	

26. Residencia — Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: Resto Rural:

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

27. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino: Masculino:	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento — País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

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

	35. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. Discapacidad: SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES Y SOLUCIONES LF	NT	901592036	

59. Ubicación				
CRA 15 A ESTE 13B 41	31062120		SOACHA	CUNDINAMARCA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 05 M 05 A 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

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

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE CONSTRUCCION

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

Vigilado Supersalud

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A5

Fecha de consulta: 13/04/2026

Ficha: 15001915500400005010

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: RIGOBERTO

Apellidos: BARRIGA PASCAGAZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1032399735

Municipio: Tunja

Departamento: Boyacá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/01/2026

Última actualización ciudadano: 29/01/2026

Última actualización via registros administrativos: 24/03/2026

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MYRIAM MAGNOLIA BERNAL CAMAR

Dirección: Carrera 7 No 1a Sur - 114 CC Florida Shopping Center local 2

Teléfono: 31751001

Correo Electrónico: sisben@tunja.gov

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

HEALTH & QUALITY

NIT: 901088151-0

CONTACTOS
3118996679
hyqsas@gmail.com
Av. Colón # 27-56 - Centro Médico Colón - Cons 226
Tunja (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: RIGOBERTO BARRIGA PASCAGAZA			**GÉNERO:** Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1032399735	**FECHA NACIMIENTO:** 16/09/1987	**EDAD:** 38 año(s) 7 mes(es) 21 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: CONSTRUCCIONES & SOLUCIONES LF SAS			**TIPO EXAMEN:** Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: AYUDANTE	**JORNADA TRABAJO:** Diurno		**FECHA:** 06/05/2026

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES							
						X	Ninguna
	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo	X	1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas	X	2.9. Uso diario de bloqueador solar
X	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas	X	2.5. Uso de elementos de protección personal		2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL	X	2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehiculos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO							
Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales							
X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)		Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado		Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos		Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas						

5. EXÁMENES REALIZADOS									
	Examen Físico		Rx Tórax		Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas
	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
	Optometría		Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Evaluación Neuropsicológica
	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Catherine Sierra A.
Médico Especialista S.O.P.R.L.
U.M.N.G. - U.P.T.C.
R.M. 8820/07 L.S.O. 1051/19

JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 8820/07 L.S.O.: 1051/2019

PACIENTE:

RIGOBERTO BARRIGA PASCAGAZA



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

minerva 10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: D 31 M 03 A 26

Empleo o cargo al que aspira:

I. INFORMACIÓN GENERAL

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



Apellido(s) del aspirante: Barriga Pascagaza

Nombre(s) del aspirante: Rigoberto

Fecha de nacimiento: D 16 M 09 A 1987

Lugar de nacimiento: Suesca Cundinamarca.

Dirección domicilio / Barrio: Calle 23 # 16-32 - Cogines

Ciudad: Tunja.

Teléfono: 3123213216

N° Celular: 3233927996.

Correo electrónico: Rigobertobarriga16@gmail.com

Nacionalidad: Colombiano

Profesión, ocupación u oficio: Auxiliar de obra y cargue y descargue.

(*) Estado civil: Unión libre.

Años de experiencia laboral: 5 años

DOCUMENTACIÓN

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

Cédula de ciudadanía: [X] No. 1032399735.

Extranjería: [ ] Expedida en: Bogotá

(**) Libreta militar No.

Distrito No.

Primera clase: [ ] Segunda clase: [ ]

Tarjeta profesional No.

¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [X]

Licencia de conducción No.

Categoría

II. PERFIL LABORAL

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

Soy una Persona honesta, responsable, respetuosa, con poder de cumplir mis funciones laborales con deseos de trabajar en la empresa con muchos propositos a dar de mi y Crecer.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]

¿En qué empresa?

Empleado [ ] Independiente [ ]

Tipo de contrato

¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]

¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]

Fecha D M A

¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [X]

Nombre

Dependencia

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

Nombre

Dependencia

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

Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [X]

Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [X]

Nombre del arrendador: Omar Cancria

Teléfono: 3138077718

¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 1 año

¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [X]

Describalo e indique su valor mensual

¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 1'400.000

¿Por qué conceptos? Arriendo, Alimentación, Servicios, Vestuario

¿Cuánto es su aspiración salarial? $ El asignado.

¿Cuál es su principal afición? futbool

¿Practica algún deporte? Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)? micro.

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Trofeos, Medallas, diplomas, Dinero

minerva

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

REV: 02-2024/IMP:08-2025

7 702124 007813 >

Powered by CamScanner

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nohol Ruiz	ama de casa		
	Calle 23 # 16 - 38	3123213216	Tunja
3	Hijo, Esposa		3 años, 4meses, 24
Jose del Carmen Cortes	Independiente		3118817493
Maria del Carmen Pascagaza	ama de casa		3114751770
Victor Pascagaza	Policia		3202361612
Lucia Pascagaza	Empleada.		3188872140

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	NÚM. CURSOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria		5	Basico	Cede Alejeras	Suesca C.
Bachillerato Académico / Técnico X / Comercial / Otro		11	Bachiller	San Juan Bosco	Suesca Cu.
Educación Superior Técnico					
Tecnológico					
Profesional					
Posgrados					

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

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

Nombre de la institución

Horario: Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana ☐ A distancia ☐

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

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

Idiomas		Escucha			Lectura			Escritura			Habla		
Si X No ☐	1. Español	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	R	B	

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

VI. EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Ferrumac.		Carrera 15 #23-24	3115782476

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Fina
Auxiliar de Bodega	Auxiliar de Bodega	D 16 M 12 A 25	D 19 M 01 A 26	$ minimo	$ minim

Funciones realizadas

Carge y descargue de Barilla,

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
Oscar mauricio suarez	Jefe inmediato

Logros obtenidos

Cumplimiento con mi deber.

Tipo de contrato: Indefinido X ¿Cuánto tiempo? 1 mes Fijo ☐ — Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ — Otro ☐ ¿Cuál?

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

Motivo del retiro motivos Personales

Powered by CamScanner

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Leon Leon e hijos		Carrera 42 # 19-57 P2	7654567

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Verificador Nocturno	Bodega	D 25 M 11 A 21	D 07 M 09 A 23	$ minimo	$ minimo

Funciones realizadas

Verificar los Productos, restificar que todos los Productos salgan completos

Nombre de su jefe inmediato: Giovanni molano — Cargo: Jefe Inmediato.

Logros obtenidos

Ser responsable Para mejorar cada dia mas.

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? 1año / 9mes. Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [X] — Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cuál?

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

Motivo del retiro: Terminacion de contrato.

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Arco Constructores.		Autopista Medellin KL 4.3 oficina B1	3182352556

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Auxiliar de obra	Obra.	D 10 M 09 A 2019	D 23 M 12 A 20	$ minimo	$ minimo.

Funciones realizadas

mantener los lugares de trabajo en orden y organizado.

Nombre de su jefe inmediato: Nandy Yamilet Fonseca — Cargo: Jefe Imediato

Logros obtenidos

Compromiso y responsabilidad Para realizar los trabajos.

Tipo de contrato: Indefinido [X] ¿Cuánto tiempo? 1año / 4meses Fijo [ ] — Contrato directo con la empresa [X] — Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cuál?

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

Motivo del retiro: Terminacion de Contrato.

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Jose luis Camargo	Conductor		3114537981
2.	Flor Moreno	Independiente	Trans 17 # 37-31.	3115462167.

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

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Karol Ruiz	ama de casa	Calle 23 # 16-32	3123213216
2.	Ana lucia Barriga	Empleada		3118872140

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. [X] Marque con una X

Nota importante

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

Certificación

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

Firma del solicitante

Yaqueline Barriga Pascagaza
C.C. 1082394935

minerva

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

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294257457

PIB
17:35:54

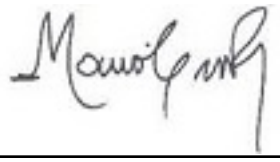
Bogotá DC, 13 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) RIGOBERTO BARRIGA PASCAGAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032399735:

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



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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:42:57 PM horas del 13/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032399735**
Apellidos y Nombres: **BARRIGA PASCAGAZA RIGOBERTO**

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 06 de mayo de 2026, a las 14:18:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032399735
Código de Verificación	1032399735260506141838

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