FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Crismatt	Abuchaibe	Emilio Jose

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1140824409	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1140824409 D.M. EJ

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 09 AÑO 1989	CARRERA 55 80 176 apto 203			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ATLÁNTICO
DEPTO	ATLÁNTICO	MUNICIPIO	BARRANQUILLA		
MUNICIPIO	BARRANQUILLA	TELÉFONO		EMAIL	ejcrismatt@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN LOGISTICA EMPRESARIAL	06	2016	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	11	2013	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD YESOS Y CAOLINES DEL CARIBE S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CEO - GERENTE GENERAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION GERENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 3 51 107					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CEMENTOS ULTRACEM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE PROGRAMACION Y	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA COORDINADORA						*DIRECCIÓN* KM 2.5 Via Cordialidad, Galapa, Atlantico					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CEMENTOS ULTRACEM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ANALISIS ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* KM 2.5 Via Cordialidad, Galapa, Atlantico						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD C. I ENERGIA SOLAR ESWINDOWS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	*MUNICIPIO* BARRANQUILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCOUNT MANAGER - COMERCIAL	*DEPENDENCIA* COTIZACIONES CURTAINWALL					*DIRECCIÓN*						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO ✓ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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 Barranquilla 04/11/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.140.824.409

Apellidos
CRISMATT ABUCHAIBE

Nombres
EMILIO JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
14 SEPT 1989

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
20 SEPT 2007, BARRANQUILLA

Firma

Fecha de expiración
31 OCT 2033

.CO

0336033337

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0336033374030O1<<<<<<<<<<
8909143M3310311COL1140824409<9
CRISMATT<ABUCHAIBE<<EMILIO<JOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1140824409

APELLIDOS Y NOMBRES

CRISMATT ABUCHAIBE

EMILIO JOSE

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

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

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP: 11 AGO 2010

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.

2985607

EJ CMS 646

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-29 11:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EMILIO	JOSE	CRISMATT	ABUCHAIBE

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1140824409

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	MINISTERIO DE TRANSPORTE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["Avenida el Dorado C.A.N."]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$126.527.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$10.401.000,00
Gastos de representación	$50.568.000,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$15.812.000,00
TOTAL	$203.308.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$740.327,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
FLOTA Y EQUIPOS	COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	$70.000.000,00
MUBELES Y ENSERES	COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA	$175.607.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
OBLIGACIONES FINANCIERAS	$143.381.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [X] No [ ]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País
YESOS Y CAOLINES DEL CARIBE SA	JUNTA DIRECTIVA	MIEMBRO DE JUNTA	COLOMBIA

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	ALEJANDRA	GOMEZ	RUEDA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1140855960

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE CEDULA DE CIUDADANIA - 1140824409	Declaración Ley 2013 de 2019 Visualizar declaración de Renta	MINISTERIO DE TRANSPORTE	CONTRATISTA	INGRESO	**4177651-01** Declaración inicial	2026-10-29 11:52	FINALIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141291914863

(415)7707212489984(8020) 000014129191486 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 0 8 2 4 4 0 9	4	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 4 0 8 2 4 4 0 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRISMATT	ABUCHAIBE	EMILIO	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CR 56 80 35 AP 10

42. Correo electrónico: ejcrismatt@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 6 3 2 7 4 3 5	3 1 8 3 9 4 1 0 4 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	
4 9 2 3	2 0 2 3 0 1 2 4	0 0 1 0	2 0 1 3 1 0 1 6	8 5 5 1		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1140824409** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1140824409
NOMBRES Y APELLIDOS	EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2016
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **28/10/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

COLFONDOS S.A. - NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE, identificado(a) con C.C 1.140.824.409 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 con sus recursos en el fondo MAYOR RIESGO, desde el día 01 de julio de 2024.

Se expide la presente certificación a la fecha 28 de octubre de 2026.

El presente documento emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional:
Si tiene alguna inquietud no dude en consultar la información que tenemos disponible en nuestro portal web www.colfondos.com.co o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificación
Bancaria

Miércoles, 28 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE identificado(a) con CC 1140824409, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	48344145337	2008-08-29	Activo	****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

SSTA CONSULTING

RESULTADO PRUEBA PSICOLOGICA

Fecha: 14/11/2026

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tipo Doc.
2026-11-14	Emilio José	Crismatt Abuchaibe	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num Doc.
37	Masculino	Instructor SENA	1140824409

Detalles del cuestionario		
Bloque	Resultado	Num. Preguntas
Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	3	3
Control de impulsos	3	3
Trastorno de personalidad	3	3
Abuso de alcohol	3	3
Dependencia del alcohol	3	3
Esquizofrenia	3	3
Trastornos inducidos por alcohol	3	3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3
Abuso de drogas o medicamentos	3	3
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3
12. Información	3	3
Trastornos por comportamiento perturbador	3	3
Disociativa	3	3
15. Comprensión	3	3
16. Aritmética	3	3
17. Trastornos del sueño	3	3
Semejanzas	3	3
20. Trastornos mentales debido a enfermedad médica	3	3
Vocabulario	3	3
Trastornos de estado de animo	3	3

Área	Resultado	total Preguntas.	Calificación.
Personalidad	27	27	Aprobado
Sustancias	21	21	Aprobado
Inteligencia	15	15	CI 97-125, Apto

Observaciones

Los resultados obtenidos en las pruebas psicotécnicas evidencian que el candidato cuenta con las aptitudes, características de personalidad y valores requeridos para desempeñar de manera efectiva las funciones inherentes al cargo. Asimismo, su formación profesional como **Ingeniero Industrial** y sus **14 años de experiencia laboral** constituyen fortalezas que respaldan su idoneidad para el cargo.

Concepto final: APTO para desempeñarse como **Instructor SENA en el área de Logística**.

Firma evaluador

José Miguel Bula Insignares
PSICÓLOGO

Firma evaluado

LABORATORIO CLÍNICO



SSTA CONSULTING S.A.S
900847258-3

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 14/11/2026 - BARRANQUILLA - ATLANTICO
Paciente: EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE
Género MASCULINO **Edad:** 37
Fecha Nacimiento: 14/09/1989
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CRA 55 NO 80-176, ALTO PRADO
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: PRE - INGRESO
Identificación: 1140824409
Teléfono **Móvil:** 3183941049
Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
EPS: SURA- COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD
Escolaridad: ESPECIALIZACIÓN

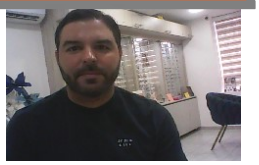
Informe de Laboratorio: 100683

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA EN AYUNAS			
OBSERVACION			
GLICEMIA EN AYUNAS.	97,3 mg/dl	70-106	

BACTERIOLOGO (A)
KATY SUGEY MARQUEZ MEZA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 55223526
TP RES 0829010825080 -

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL



SSTA CONSULTING S.A.S
NIT: 900847258-3

Paciente: EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE **Identificación:** 1140824409 Impreso: 14/11/2026 - 11:22:56
Fecha y Lugar: 14/11/2026 BARRANQUILLA - ATLANTICO
Fecha y hora de realización del examen: 14/11/2026 8:21:57

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	14 nov. 2026 - BARRANQUILLA - ATLANTICO	**Tipo de Examen:**	PRE - INGRESO
Paciente:	EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE	**Identificación:**	1140824409
Sexo	MASCULINO **Edad:** 37	**Teléfono**	**Móvil:** 3183941049
Fecha y Lugar de Nacimiento:	14/09/1989 BARRANQUILLA - ATLANTICO	**EPS:**	SURA- COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S.A.
		ARL:	NO REPORTA
Estado Civil:	CASADO(A)	**AFP:**	
Escolaridad:	ESPECIALIZACIÓN - COMPLETA	**Profesión:**	COLFONDOS
Dirección	CRA 55 NO 80-176, ALTO PRADO	**Estrato:**	6

Tipo Usuario: CONTRIBUTIVO COTIZANTE

Acompañante: - - -
Responsable: MONICA ABUCHAIBE - MADRE - 3107072738

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Empresa: PARTICULAR **- NIT:** 999999999
Dirección: - Ciudad:
E-Mail: - Teléfono: -
Actividad Económica: - Nivel de Riesgo: 1

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo:

Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA - Descripción del Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
Tipo de Atención: EVALUACION MEDICO LABORAL - Antigüedad: 0 - Turno: DIURNO

Materias Primas:

Equipos o Herramientas Utilizadas: NINGUNO

Usa elementos de protección personal: N - Control Fuente: N - Control Mediol: N - Tiempo de Exposición: 8 HORAS

Acciones Realizadas: OTRA - Pociones: DE PIE Y CAMINANDO - Elementos de Protección Personal: UNIFORME

Biológicos	*Físicos*	*Químicos*	*Biomecánico*	*Psicosociale*	*Condiciones de Seguridad*	*Fenómenos Naturales*
Virus	X Ruido	Polvo	Trabajo Estático	Contenido de la Tarea	X Mecánico	Sismo
Bacterias	Iluminación	Fibras	Esfuerzo Físico	Relaciones Humanas	X Riesgo Eléctrico	Terremoto
Hongos	Vibración	Líquidos	Manejo de Cargas	Riesgo Contra Persona	X Locativo	Vendaval
Ricketsias	Temperatura	Gases	Posturas Forzadas	Secretos del Producto	Tecnológico	Inundación
Parásitos	Presión Atmosférica	Vapores	Trabajo Sedente	Secretos del Proceso	Accidente de Tránsito	Derrumbe
Picaduras	Radiación Ionizante	Humo	X Movimientos Repetitivos	Gestión Administrativa	Público	Precipitaciones
Mordeduras	Radiación No Ionizante	Material Particulado		Organización del Tiempo	Trabajo en Alturas	
Fluidos o Excrementos					Trabajo en Espacios Confinados	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposición	Riesgos	Biológico	Físico	Químico	Biomecánico	Psicosocial	Seguridad	F.Naturales
VARIAS	INSTRUCTOR	2 AÑOS		-	X	-	S	-	X	-

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. HTA	N	
2. INFARTO	N	
3. ACV	N	
4. ALERGIAS	N	
5. ULCERA PÉPTICA	N	
6. DIABETES	N	
7. ASMA	N	
8. T B C	N	
9. ARTRITIS	N	
10. ENFERMEDAD MENTAL	N	
11. CANCER	S	ABUELO PATERNO CA DE GARGANTA
12. OTROS	N	

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

13. NO REFIERE ANTECEDENTES FAMILIARES	N

ANTECEDENTES PERSONALES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. PATOLÓGICOS	N	
2. HOSPITALARIOS	N	
3. QUIRÚRGICOS	N	
4. TRAUMÁTICOS	N	
5. ALÉRGICOS	N	
6. TÓXICOALÉRGICOS	N	
7. FARMACOLÓGICOS	N	
8. PSIQUIÁTRICOS	N	
9. INMUNOLÓGICOS	N	
10. NO REPORTA NINGUNA PATOLOGIA	S	X

RESUMEN DE ANTECEDENTES

FAMILIARES	11. CANCER	ABUELO PATERNO CA DE GARGANTA	14/11/2026
PERSONALES	10. NO REPORTA NINGUNA PATOLOGIA	X	14/11/2026

HÁBITOS

Tipo de Fumador: No Fumador - Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día 0
Tipo de Bebedor: No Bebe - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: N/A - Tipo de Licor: - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: N - ¿Cuál Problema?: - Años de suspensión: 0
¿Toma algún medicamente regularmente?: S - ¿Cuál?: NIEGA
Deporte: Si - GYM - Frecuencia: 3-4 dias/sem
Psicotrópicos: No -

Accidente de Trabajo: No Reporta

Enfermedad Laboral: No Reporta

REVISIÓN POR SISTEMAS

Tipo	Refiere	Observaciones
1. CABEZA	N	
2. OJOS	N	
3. OIDOS	N	
4. NARIZ	N	
5. BOCA	N	
6. FARINGE	N	
7. CUELLO	N	
8.TORAX	N	
9. CARDIOPULMONAR	N	
10. ABDOMEN	N	
11. GENITOURINARIO	N	
12. EXTREMIDADES SUPERIORES	N	
13. EXTREMIDADES INFERIORES	N	
14. COLUMNA	N	
15. NEUROLOGICO	N	
16. PIEL Y UÑAS	N	
17. OTROS	N	

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASINTOMATICO ASISTE A VALORACION MEDICA OCUPACIONAL

EXAMEN FÍSICO

Talla: 178 cm	Peso: 83 KG	IMC: 26.20 - - Sobrepeso	Temperatura: 37 °C	Tensión Arterial: 120/80	Frecuencia Cardiaca: 75
Frecuencia Respiratoria: 20	Biotipo: Mesomorfo	Lateralidad: Derecha	Estado General: Bueno	Saturación:	
Cintura :	Cadera :				

CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encias: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL
OÍDOS: inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO
CUELLO: inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL
TORAX: inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: NORMAL - Inspección: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: NORMAL
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo.- Compresión Radicular: Negativo
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Pares Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO: NINGUNA

AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Concepto Especialidad	Consideraciones Médicas	Diagnóstico	Recomendaciones
EVALUACION PSICOLOGICA OCUPACIONAL		NORMAL		
VISIOMETRIA		NORMAL	BUEN ESTADO VISUAL	CONTROL ANUAL
MEDICINA				USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA, CONTROL DE PESO
GLICEMIA EN AYUNAS	NORMAL	NORMAL		
			GLICEMIA EN AYUNAS.: 97,3	
			OBSERVACION:	

Impresión Diagnóstica - CIE10

Código:	Diagnóstico:	Posible Origen de la Enfermedad:	Observaciones:
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	No Definido	
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	No Definido	SOBREPESO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	No Definido	Ingresado en Visiometria

Observaciones de la Impresión diagnóstica::

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Notas:

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción:	Condiciones, Factores, Agentes Asociados:	Permanente:
NO		

REMISION A ESPECIALISTAS

Remisión:	Observaciones:
NO	

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

Vigilancia:	Observaciones:
NO	

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar mi examen médico y/o revisar paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita de ser necesario, la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.



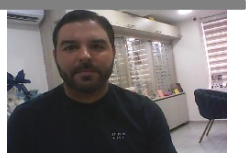
MEDICO OCUPACIONAL
KELLY JOHANNA HERNANDEZ MIRANDA
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1140900459
1140900459 - LSO 0943-2024





Firma y cédula del Paciente
EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE
1140824409

EXAMEN VISIOMETRÍA



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 14/11/2026 BARRANQUILLA - ATLANTICO
Paciente: EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE
Género MASCULINO **Edad:** 37
Fecha Nacimiento: 14/09/1989
Estado Civil: CASADO(A)
Dirección CRA 55 NO 80-176, ALTO PRADO
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: PRE - INGRESO
Identificación: 1140824409
Teléfono **Móvil:** 3183941049
Cargo: INSTRUCTOR (A) SENA
EPS: SURA- COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD
Escolaridad: ESPECIALIZACIÓN

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Equipos que maneja: PANTALLA
Materias Primas e insumos: NO
Elementos de Protección Personal: NO
Último Examen: MENOS DE UN AÑO
Protección Ocular: N **Usa Correción:** N **Gafas:** N **Lentes de Contacto:**

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Concepto	Notas
1. GOLPES O QUEMADURAS	N	
2. SOLDADURA	N	
3. ACIDOS	N	
4. POLVORA	N	
5. ESQUIRLAS	N	
6. POLVO	N	
7. OTROS	N	

SINTOMATOLOGÍA

N **Ardor** N **Dolor** N **Cefalea** N **Cansancio** N **Lagrimeo** N **Fotobia**
N **Secreciones** N **Mala Visión de Lejos** N **Mala visión de cerca** N **Cansancio al leer** N **Salto de Renglón** N **Confusión de letras**
N **Prurito**

Notas: NORMAL

EXAMEN EXTERNO

N **Hiperemia** N **Pterigio OD** N **Pterigio OI** N **Blefaritis** N **Leucoma OD** N **Leucoma OI**
N **Ptosis OD** N **Ptosis OI** N **Pinguecula OD** N **Pinguecula OI** N **Estrabismo**

Motilidad PPC: NORMAL **CT 20 cm** NORMAL **CT 40 cm** NORMAL **Oftalmoscopía OD** No Aplica **Oftalmoscopía OI** No Aplica
Campo Visual OD: NORMAL **Campo Visual OI** NORMAL **Estereopsis** NORMAL **Queratometría OD** No Aplica **Queratometría OI** No Aplica
Refracción OD: No Aplica **Refracción OI** No Aplica **Subjetivo OD** No Aplica **Subjetivo OI** No Aplica **Arco Senil**
Visión Color NORMAL

Respuesta Pupilar:

Notas: NORMAL

AGUDEZA VISUAL

Sin RX	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	**20/**20	**20/**20
Ojo Izquierdo	**20/**20	**20/**20

Con RX	Visión Lejana	Visión Próxima	Rx en Uso
Ojo Derecho	**20/**	**20/**	**20/**
Ojo Izquierdo	**20/**	**20/**	**20/**

CONCEPTO

EMETROPE

DIAGNOSTICO

BUEN ESTADO VISUAL

CIE 10: Z010 / EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

RECOMENDACIONES

CONTROL ANUAL

INFORMACIÓN DE REMISIÓN - SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ingresa al sistema de vigilancia: N

Remitido: N

-



OPTOMETRA
IVAN RAFAEL CASSIANI LOBO
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1129580804
TP 1129580804 -





Firma y cédula del Paciente
EMILIO JOSE CRISMATT ABUCHAIBE
1140824409