

CONSORCIO INGENIEROS PATERMEN

NIT: 901583472-2

Sincelejo, 15 de Marzo de 2024

OFICIO: CIPM-216

Señores
CAMILO PEÑUELA MORENO
R/L PCG INGENIEROS ASOCIADOS SAS.

REFERENCIA: *Contrato de Obra No. 3644036 "Modernización de la Red de Agua Potable del Centro Distrital de Salud, incluye renovación de equipos de presión de agua."*

ASUNTO: *SOLICITUD DE APROBACION DE HOJAS DE VIDA PERSONAL ADICIONAL EN OBRA*

Cordial saludo.

Por medio de la presente, el consorcio PATERMEN en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, nos permitimos enviar las hojas de vida del personal de mano de obra (oficiales).

Así mismo se hace entrega de la afiliación del personal en la ARL respectiva.

Esta información se entrega inicialmente para la revisión por parte de la Interventoría PCG INGENIEROS ASOCIADOS SAS.

No siendo otro el motivo atentamente.

Carmelo Mendivil Tovar
Ingeniero: CARMELO FABIAN MENDIVL TOVAR
Rep. Legal CONSORCIO INGENIEROS PATERMEN

Fecha: 27 de 02 de 2023 Empleo o cargo al que aspira: OPERARIO

I. INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 12 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT

Apellido(s) del aspirante ROMERO COLORADO		Nombre(s) del aspirante DAVID SANTIAGO	
Fecha de nacimiento 18 de 11 de 2004	Lugar de nacimiento BOGOTÁ, D.C.	Dirección domicilio / Barrio CARRERA 78C #80-85 SUR SAN DIEGO BOGOTÁ, D.C.	
Teléfono 313-4821773		No. Celular 313-4821773	
Correo electrónico santiagodrc1811@gmail.com		Nacionalidad COLOMBIANO	
Profesión, ocupación u oficio ESTUDIANTE		(*) Estado civil SOLTERO	



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1032375449	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°
Categoría		

II. PERFIL LABORAL

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

III. INFORMACION PERSONAL

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

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa (a) o compañero(a)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
No. de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco		Edades	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
ELIZABETH COLORADO		OFICIOS VARIOS		322-8657273	
JAIRO ROMERO		OPERARIO MAQUINA COMPACTADORA		313-3071520	
Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2015	5	PRIMARIA	CARLOS ALBAN HOLGUÍN	BOGOTÁ
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2022	6	BACHILLER	EXTERNADO SIMÓN BOLÍVAR	BOGOTÁ
Educación Superior Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	2023	1	POLIANDINO	POLIANDINO	BOGOTÁ
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
4 HORAS		LABORERÍA Y PINTURA		POLIANDINO	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente?		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>				Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R B MB	3.	R B MB
¿Qué programas maneja?		2.	R B MB	4.	R B MB
Idiomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha R B MB	Lectura R B MB	Escritura R B MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.	R B MB	R B MB	R B MB
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)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final	
			D M A	D M A	\$	\$	
Funciones realizadas							
				Cargo			
Nombre de su jefe inmediato							
Logros obtenidos							
Tipo de contrato:		Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
						Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo:		Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñados por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato		Cargo					
Logros obtenidos							
Tipo de contrato:	Indefinido <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa		Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
	Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia				
Horario de trabajo:	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada <input type="checkbox"/>	Diurna <input type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro							

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñados por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato		Cargo					
Logros obtenidos							
Tipo de contrato:	Indefinido <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?	Contrato directo con la empresa		Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
	Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia				
Horario de trabajo:	Tiempo completo <input type="checkbox"/>	1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>	Por horas <input type="checkbox"/>	Jornada <input type="checkbox"/>	Diurna <input type="checkbox"/>	Nocturna <input type="checkbox"/>	Otra jornada <input type="checkbox"/>
Motivo del retiro							

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre MABELIN MEJIA	Ocupación MEDICA	Dirección MEDICA
			Teléfono 314 4458835
2.	Nombre MAYERLIN HURTADO	Ocupación ASESORA COMERCIAL	Dirección
			Teléfono 315-4606634
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre ELIZABETH COLORADO	Ocupación OFICIOS VARIOS	Dirección
			Teléfono 322 8657273
2.	Nombre JACO ROMERO	Ocupación OPERARIO	Dirección
			Teléfono 3133071520

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



Nota importante

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

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T. Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 105 (Legis)

Firma del solicitante

SANTIAGO ROMERO
C.C. 1032375449

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27-11-21	moderna	940 87S	Salud positiva	Hugo A Vega B C.C. 79.500.714 Auxiliar de Enfermería	
	2	27-12-21	moderna	605H21A	salud positiva	Sharon Perez	10004638



La salud
es de todos

Minsalud



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

David Santiago

Apellidos:

Pomero Colorado

Documento
de identidad:

C.C.

T.I.

☒

Pasaporte

PEP

otro

cuál:

No.

1032, 375. 449

Fecha de
nacimiento:

Día

18

Mes

11

Año

2004

CÉDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

ROMERO COLORADO

NUJP 1.032.375.449

Nombres

DAVID SANTIAGO

Nacionalidad

COL

Estatura

1.73

Sexo

M

Fecha de nacimiento

18 NOV 2004

G.S.

O+

Lugar de nacimiento

BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición

19 DIC 2022, BOGOTÁ D.C.

Firma

SANTIAGO ROMERO

Fecha de expiración

20 DIC 2032



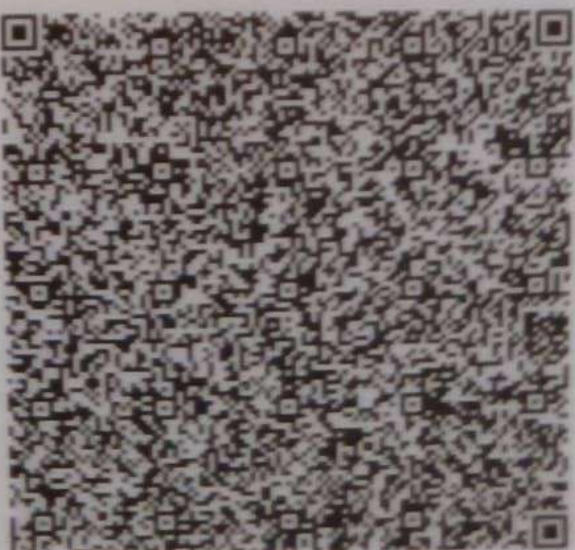
00

010650356



Leifur

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL010650356215001<<<<<<<<
0411181M3212208COL1032375449<7
ROMERO<COLORADO<<DAVID<SANTIAGO

Medellín, 09 de Febrero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CUNDINAMARCA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96%		
C1032375449	ROMERO COLORADO DAVID SANTIAGO	10/01/2024		146tU250	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10323754492404037386

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 09/02/2024 10:23:06.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.102.84.104, 192.230.104.6, 172.16.42.57



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DAVID SANTIAGO ROMERO COLORADO identificado(a) con CC. 1032375449 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	2023/04/15
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 22 días del mes de 01 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.



**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:

DAVID SANTIAGO ROMERO COLORADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.375.449**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2.024

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1032375449
Nombre	: DAVID SANTIAGO ROMERO COLORADO
Empresa/Contratante	: ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ
Identificación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 7320705
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/01/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/01/10
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramirez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar



FOR-PGIE-0044



ORG TOTAL S.A.S.
1ALTURAS S.A.S.
Lic. SST No.5162/2018
cursodealturas.com.co

certifica que:

DAVID SANTIAGO ROMERO COLORADO

Identificado con la Cedula de Ciudadanía No.: **1032375449**

Empresa: ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ

NIT o CC: 7320705-2

Contratante: ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ

ARL: SURA

Asistió y Aprobó el programa de formación complementaria para trabajo seguro en alturas en cumplimiento a las Resoluciones 4272 de 2021 y demás normas complementarias.

Certificación **NTC. 6072** de **2014** No. **CO21.01747** de Bureau Veritas.

Acreditado ONAC **09-CPR-008** Bajo la autorización del Ministerio de Trabajo:

No. **COR08SE2018220000000034868**

TRABAJADOR AUTORIZADO

Realizado en Bogotá Con Una Intensidad de 32 Horas.

Del 14 de Mar. al 17 de Mar. de 2023

Por lo cual se le otorga la presente Certificado de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo en Alturas

Dado en Bogotá, D.C. A los (17) días del mes de Marzo de (2023)

cursodealturas.com.co

Jose Orlando Franco Rodriguez
Lic SST No. 5202/Abril 2018
Representante Legal

Fausto Antonio González Gómez
Lic SST No. 1452/septiembre2012
Entrenador

032023- 3496

CONSECUTIVO

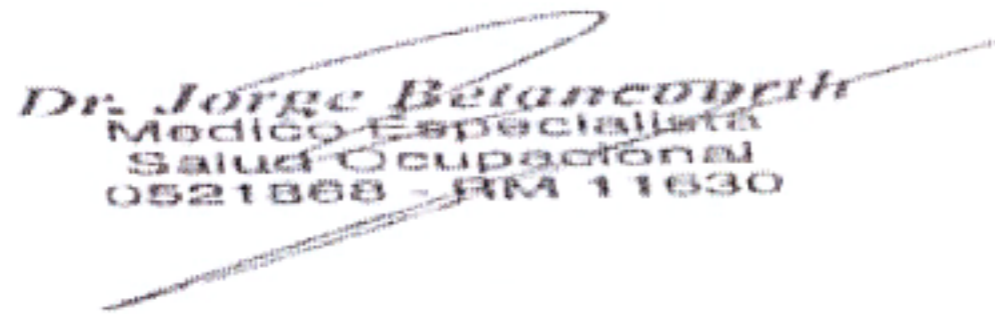
BIOMEDICAL COLOMBIA SAS
LICENCIA SST Res N° 6022/2018 según Res N°2346 MPS

☎ 3167835660

info@biomedicalcolombia.com

www.biomedicalcolombia.com



FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
10/03/2023			BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)		
Día	Mes	Año	Ciudad		
PERIODICO CON ENFASIS EN ALTURAS					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa					Orden medica N°
ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ					21819
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)					
Nombres y Apellidos			Genero	Edad	Documento de Identificación
DAVID SANTIAGO ROMERO COLORADO			MASCULINO	18 AÑOS	CC 1032375449
Cargo a desempeñar:			AYUDANTE		
CONCEPTO DE APTITUD			APTO PARA EL CARGO, PUEDE LABORAR EN ALTURAS		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS			SI		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL		✓	PERFIL LIPÍDICO-GLICEMIA		✓
PRUEBAS NEUROLÓGICAS CLÍNICAS		✓	PSICOTEST DE ALTURAS		✓
OPTOMETRIA		✓	AUDIOMETRIA		✓
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USO DE EPP			HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA		
CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN			HACER DEPORTE		
			DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGUN CIRCULAR 030 DE 2020					
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen medico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fué 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.</p>					
 Dr. Jorge Betancor Medico Especialista Salud Ocupacional 0521868 - RM 11630			SANTIAGO ROMERO C. 1032375449		
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 11630			DAVID SANTIAGO ROMERO COLORADO		
			D.I:	1032375449	HUELLA

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

	La salud es de todos	Minsalud
---	-------------------------	----------

Covid-19
MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres:

Apellidos:

Documento
de identidad:

C.C. ☐ T.I. ☒ Pasaporte

PEP ☐ otro ☐ cuál:

No.

Fecha de
nacimiento:

Día

18

Mes

11

Año

2004

1032.375.449

David Santiago
Pomero Calbado

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12-11-22	moderna	940 875	Salud Positiva	Hugo A Vega B C.C. 79.500.714 - Auxiliar de Enfermería	
	2	12-21-22	moderna	W12H21A 005H21A	salud positiva	Sharon Perez	1000463823

SEBASTIAN MORENO MÉNDEZ

Cédula: 1.012.316.173 de Bogotá
Fecha de nacimiento: 25 de octubre de 2003
Dirección: Calle 65 B sur No 78 L74
Barrio: Bosa Jiménez de Quesada
Teléfonos: 310 6094703
E-mail: sebastianmendez1116@gmail.com



PERFIL

Bachiller académico, soy una persona creativa, dinámica, con iniciativa y habilidades para el trabajo en equipo, con alto nivel de aprendizaje y capacitación permanente.
Manejo de herramientas ofimáticas, poseo capacidades necesarias para desempeñar mi labor con un alto grado de ética, desarrollando cada una de las actividades con eficiencia y eficacia.

ESTUDIOS REALIZADOS

✓ 2021 Colegio SUPERIOR PALERMO

✓ Bachiller académico
✓

EXPERIENCIA LABORAL

- **CENTRO DE SERVICIOS PRIMAVERA/ CALLE 80 FUTBOL CLUB**

Fecha de ingreso: Junio 2021 – diciembre 2021
Jefe Inmediato: Yeni Gutiérrez
Contacto: 316 4909396 – 7719904
Cargo: Servicio al cliente

Funciones:

Atención al cliente en zona de parqueadero y canchas sintéticas, manejo de dinero en efectivo, cierres de caja, inventario.

- **GEOMEMBRANA MULTISERVICIOS**

Fecha de ingreso: Enero 2022– Actual
Jefe Inmediato: Andres Ballesteros
Contacto: 3208947555-3188253115
Cargo: Instalador

Funciones:

Realizar apoyo en instalación en impermeabilización de superficies, taladrar, cortar, apuntar, sellar, y limpiar.

REFERENCIAS PERSONALES

KAREN MÉNDEZ

Auxiliar de arriendos

GRUPO EMPRESARIAL EN LINEA SA

Contacto: 3788888 Ext. 2453 / 310 368 0755

SONIA DIAZ

Empleada

CENTRO DE SERVICIOS PRIMAVERA/ CALLE 80 FUTBOL CLUB

Contacto: 310 810 4000

A handwritten signature in blue ink, reading "Sebastian", is centered within a white rectangular box. The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

SEBASTIAN MORENO MENDEZ

C.C 1.012.316.173 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.012.316.173

MORENO MENDEZ

APELLIDOS

SEBASTIAN

NOMBRES

Sebastian

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

27-OCT-2021 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01268055-M-1012316173-20211122

0076662733G 1

8503267763

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

Medellín, 09 de Enero de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

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 ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1012316173	MORENO MENDEZ SEASTIAN	10/01/2024		i9124202	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C73207052400963967

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 09/01/2024 17:46:07.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.102.75.219, 192.230.104.8, 172.16.42.57



BOGOTA, Enero 22 de 2024

Señor:
MORENO MENDEZ SEBASTIAN
CC. 1012316173
CL 65B SUR 78L 74 BOSA. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 28 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MORENO MENDEZ SEBASTIAN	1012316173	C	Abr-28-2016	56	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ	1012316173	Dependiente	CERRADO
ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ	1012316173	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SEBASTIAN MORENO MENDEZ identificado(a) con C.C No. 1.012.316.173, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de enero del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, 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.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2.024

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1012316173
Nombre	: SEBASTIAN MORENO MENDEZ
Empresa/Contratante	: ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ
Identificación Empresa	: CC
No. Identificación Empresa	: 7320705
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/01/09
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/01/10
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a a y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramirez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar



FOR-PGIE-0044

AISSMA

Asociación de Ingenieros en Seguridad, Salud y Medio Ambiente

AISSMA S.A.S NIT N° 901203281-3

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURA
normatividad 4272 del 2021.

AAVJC2747

CERTIFICA QUE:

SEBASTIAN MORENO MENDEZ

CC 1012316173 de BOGOTA DC

Asistió y Aprobó el curso de

**TRABAJO SEGURO EN ALTURAS
TRABAJADOR AUTORIZADO**

Con una Intensidad de 32 Horas

Desde el 4 de NOVIEMBRE al 7 de NOVIEMBRE del 2022
en Soacha Cundinamarca.

Expedido el 7 de NOVIEMBRE de 2022, en Soacha Cundinamarca.

RAZON SOCIAL

ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ

REPRESENTANTE LEGAL: ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ

NIT. 7320705-2

ARL: SURA

EL CERT.
ORIGINAL
DEBE INCLUIR
SELLOS

Autorización N° 08SE2019220000000026246 Emitida por el Ministerio de Trabajo,
autorizado en CII 53 NO 7-3 Soacha Cundinamarca, Certificación NTC 6072 de 2014 No. CS
CER684995, emitido por el INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS ICONTEC

En Testimonio.



Fabio Fonseca Fuquen
Representante Legal



Ana Maria Baquero
Entrenadora trabajo seguro en alturas
Licencia S.ST. 25 369/19

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
31/10/2023		BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C.)		PREOCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR CON ENFASIS EN ALTURAS				
Día	Mes	Año	Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
Nombre de la empresa						Orden medica N°		
ANDRES CAMILO BALLESTEROS MENDEZ						251358		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)								
Nombres y Apellidos				Genero	Edad	Documento de Identificación		
SEBASTIAN MORENO MENDEZ				MASCULINO	20 AÑOS	CC	1012316173	
Cargo a desempeñar:				TECNICO				
CONCEPTO DE APTITUD				APTO PARA EL CARGO, PUEDE LABORAR EN ALTURAS				
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS				SI				
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:								
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL				PERFIL LIPIDICO-GLICEMIA				
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS				PSICOTEST DE ALTURAS				
OPTOMETRIA				AUDIOMETRIA				
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES				
USO DE EPP				HÁBITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES				
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA				
CAPACITACIÓN E INDUCCIÓN				HACER DEPORTE				
				DIETA BALANCEADA				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES								
APTO PARA ESTAR PRESENTE EN LA SUPERVISION DE ALTURAS								
<p>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.</p>								
 Jim Roger Sanchez Bonavidez Medico ocupacional R.M 79782200 S.S.B				 BIO MEDICAL CENTRO MEDICO LABORAL				
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL LICENCIA S.O 9211 10/04/16				SEBASTIAN MORENO MENDEZ				
				D.I:	1012316173		HUELLA	

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

SEBASTIAN MORENO MENDEZ

Tipo de identificación / ID Type

TI

Número de identificación / ID Number

1012316173

Fecha nacimiento / Date of birth

25/10/2003

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3222060121

Correo electrónico / e-mail

morenomendezd15@hotmail.com



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera

Segunda

-

Lote / Vaccine Batch

FG3526

210963

-

Vacuna / Vaccine

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

PFIZER
MANUFACTURING
BELGIUM

-

Centro vacunador / Administering Center

EPS SANITAS
CENTRO MEDICO
PEDIATRICO CALLE
100

USS LAURELES

-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

21/09/2021

09/03/2022

-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

CO-Colombia

-

Sello digital / Digital Stamp

En cola / In queue

En cola / In queue

-

Fecha de emisión del documento / Document issued

25/01/2023

25/01/2023

-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

[Ver certificado en MiVacuna](#)

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

[View certificate in MiVacuna](#)

Medellín, 15 de March de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**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 CONSORCIO INGENIEROS PATERMEN.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1012316173	MORENO MENDEZ SEBASTIAN	16/03/2024		22562327	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 15/03/2024 14:41:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.36.93, 192.230.104.7, 172.16.42.57

Medellín, 15 de March de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**HACE CONSTAR:**

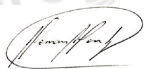
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO INGENIEROS PATERMEN.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1032375449	ROMERO COLORADO DAVID SANTIAGO	16/03/2024		17222411	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 15/03/2024 14:43:37 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.60.36.93, 192.230.104.7, 172.16.42.57