



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.  
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 239510 correspondiente a la empresa Society Services General Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ	C.C.	15,991,657 ✓	22/09/2023

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA  
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS  
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co), el Friday September 29 2023 a las 5:55:15 PM

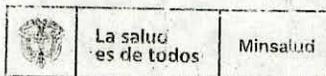
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Biológica	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	18.08.2021	Moderna	059021A	ME EPS HUILA	Martha Ceballos	1081418445
	2	10.11.2021	Moderna	017521A	ME EPS HUILA	Martha Ceballos	1081418445
IR							

**MiVacuna**

Covid-19

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



**MiVacuna**  
Covid-19

**Certificado de vacunación**

Nombres: **DIEGO FERNANDO**

Apellidos: **FLORES GOMEZ**

Documento de identidad: C.C.  Y.T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cuál:

No: **15.991.657**

Fecha de nacimiento: Día **14** Mes **01** Año **1984**



...cuida la salud de mi familia!

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

NUMERO DE RADICACIÓN

[Empty box for Radication Number]

FECHA DE RADICACIÓN

DD MM AAAA

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (A registrar por la EPS) <input type="text"/>	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Primer apellido <b>FLOREZ</b>		Segundo apellido <b>GOMEZ</b>		Primer nombre <b>Diego</b>		Segundo nombre <b>FERNANDO</b>	
7. Tipo de documento de identidad NA <b>00</b>		8. Número del documento de identidad <b>15.991.657</b>		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento <b>14 de abril 1984</b>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia NA		12. Discapacidad Tipo NA Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>		14. Grupo Poblacional	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <b>COLPATRIA</b>		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC <b>1.160.000</b>			
18. Residencia Dirección <b>Cra 6E No 5-10 sur</b>		Teléfono fijo <b>3133998158</b>		Teléfono celular <b>talentahumanobgta@opdco.co</b>		Localidad / Comuna <b>Neiva</b>	
Municipio/Distrito <b>La Plata</b>		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Departamento			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre			
20. Tipo de documento de identidad NA		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento DD   MM   AAAA									

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		
B1 NA		Femenino	Masculino	DD	MM	AAAA
B2 NA				DD	MM	AAAA
B3 NA				DD	MM	AAAA
B4 NA				DD	MM	AAAA
B5 NA				DD	MM	AAAA

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad			Tipo		Condición	
B1 NA		NA		FISICA	NEURO SENSORIAL	MENTAL	T	P		
B2 NA		NA								
B3 NA		NA								
B4 NA		NA								
B5 NA		NA								

32. Datos de residencia			33. Valor de la UPS del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y /o celular
B2				
B3				
B4				
B5				

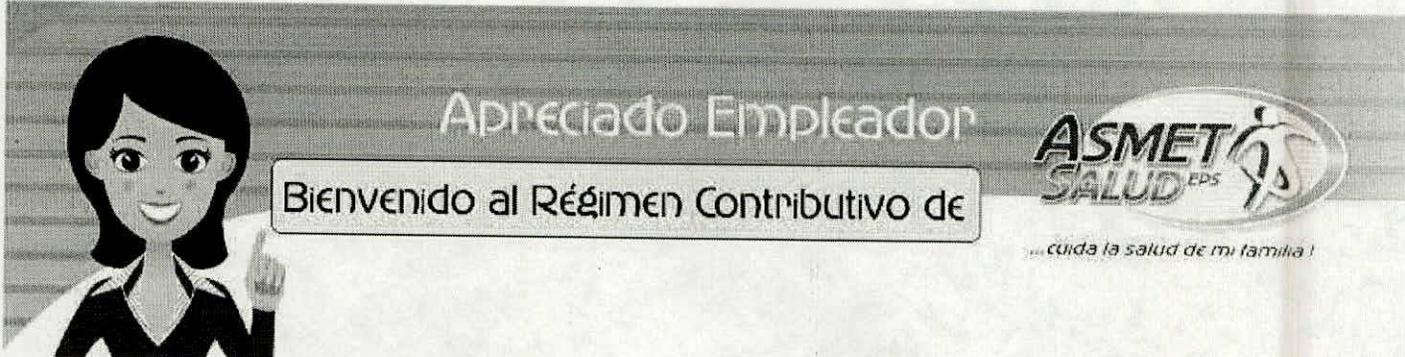
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social <b>SOSEGE SAS</b>		36. Tipo de documento de identificación NA <b>NIT</b>		37. Número del documento de identificación <b>900322373</b>		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación <b>Carrera 16A No 159-233042114375</b>		Teléfono		<b>talentahumanobgta@opdco.co</b>		Departamento <b>BOGOTÁ D.C.</b>	

VICILADO SuperSalud





**Cordial Saludo**

Agradecemos su confianza para permitir que sus trabajadores continúen afiliados con Asmet Salud EPS en el régimen contributivo. Por medio de este comunicado, le informamos que la solicitud de afiliación de el señor DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ identificado, con cédula de ciudadanía número 15991657, bajo su razón social a partir del 22/09/2023, se encuentra en el proceso de validación y aprobación de los documentos soporte suministrados por usted.

Una vez completado el proceso de validación de documentos le estaremos informando por este mismo medio. En caso de que uno o más de los documentos exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social deban ser corregidos, por parte de usted o su trabajador, le solicitamos cargarlos en nuestra página web, o entregarlos al Asesor de Asmet Salud que realizó la afiliación. Como Usted comprenderá es necesario contar con todos los soportes para que la afiliación sea efectiva.

Esta es la relación del estado de los documentos soporte de su afiliación:

Afiliado	Documento	Estado
DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ	Cédula de Ciudadanía	Cargado
DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ	Encuesta de la carta de derechos y deberes	Cargado
DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ	Formulario de afiliación firmado	Cargado

Este e-mail se ha generado por un sistema automático. Por favor, no responda a este e-mail directamente.

Si tiene alguna inquietud relacionada a los procesos de movilidad entre regímenes o sobre el régimen contributivo para sus trabajadores, puede comunicarse con nosotros por los siguientes canales de información, donde estaremos atentos a atenderlo:

1. Asesor asignado para su afiliación
2. Nuestro Contact Center , en la Línea Gratuita 018000913876, Desde un celular al 032-8353783 o desde el chat virtual disponible en la página web <http://www.asmetosalud.org.co/>
3. Nuestras líneas telefónicas en cada sede Departamental (<http://www.asmetosalud.org.co/red-de-oficinas>)
4. Nuestras oficinas a nivel nacional (<http://www.asmetosalud.org.co/horarios-de-atencion>)

Recuerde que Asmet Salud EPS cuida la salud de sus trabajadores y sus familias.

Atentamente

**Gustavo Adolfo Aguilar Vivas**  
Gerente



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS

SAS

ESSC62

Formulario No. 3231859355418

Fecha de radicación 06/10/2023

## I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite		Tipo de afiliación:		Regimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual - Cotizante o Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
Tipo de afiliado:		Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		registrar por la EPS 1 <input type="text"/>	

## A. AFILIACIÓN

### II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FLOREZ	GOMEZ	DIEGO	FERNANDO
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	15991657	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	14/01/1984

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

#### Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna			
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC		
00-0: Sin ARL	0000: Sin AFP	\$ 1.160.000		
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante	
CARRERA 6E 5-10 SUR		3133998158	Linaramos238@gmail.com	
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	
LA PLATA	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		HUILA	

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

#### Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA - carrera 4 No. 9 - 103	31846

### V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones		
SOCIETY SERVICES GENERAL S.A.S.	NI900322373			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 88 42 B 1 27		talentohumanobogota.sptc.sosege@gmail.com	VALLEDUPAR	CESAR

## B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad	
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS. <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento. <input type="checkbox"/> 16. Reporte de trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 323185935418  
Fecha de radicación 06/10/2023

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento
Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones			
22/09/2023						

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- 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
- Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 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
- Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

## VIII. FIRMAS

Diego Flores  
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



**SOSEGE**  
SOCIETY SERVICES GENERAL SAS  
NIT. 900.322.373-9  
El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

<input checked="" type="checkbox"/> 56. Anexo copia de documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad:	Total
				1						1

- Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 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 unión marital
- Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- 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
- Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- 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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

Observaciones:  
 Empresa:, Asesor: ivette.ordonez, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico: ivette.ordonez@asmetsalud.com  
 Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:  
 Url: <https://boxaludrc.asmetosalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx>

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

(No válido para traslado de EPS, uso de servicios médicos, ni para pago de prestaciones económicas)

Asmet Salud EPS SAS se permite informar que a la fecha, el (la) afiliado(a) DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ identificado(a) con CC 15991657 se encuentra vinculado(a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de Asmet Salud EPS SAS con la siguiente información:

<b>Régimen de afiliación actual:</b>	SUBSIDIADO
<b>Nivel de sisbén:</b>	2
<b>Municipio afiliación:</b>	LA PLATA, HUILA
<b>Zona:</b>	URBANA
<b>Estado:</b>	ACTIVO

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en la línea gratuita: 01 8000 913 876 o en el chat virtual de nuestra página WEB [www.asmet salud.org.co](http://www.asmet salud.org.co). Se firma y se expide en la ciudad de Popayán a los 20 días del mes de septiembre de 2023, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Operaciones Nacional

ASMET SALUD EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.



Fecha:20/09/2023 18:23:52 IP:191.102.120.225 - 44F8C507FADEEB7F832BC51F9994A350B2E9CA01

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 20 de septiembre de 2023, a las 17:48:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	15991657
Código de Verificación	15991657230920174859

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.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 231639077**



PIB  
17:42:12  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de septiembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 15991657:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**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 09:26:41 AM horas del 21/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **15991657**

Apellidos y Nombres: **FLOREZ GOMEZ DIEGO FERNANDO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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



Presidencia de la  
República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

# COMPAÑÍA PROGRESAR S.A.S

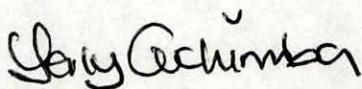
NIT 900.532.057-7

En virtud de que DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía, 15.991.657, laboró en esta compañía desde 3 DE ENERO DEL 2021 hasta 30 DE DICIEMBRE DEL 2022, se procede a certificar que:

DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ, desempeñó el cargo de Aux. en Ventas, Entregador de mercancía y surtidor de estantes.

Que, por lo anterior, recibió como salario un promedio de \$1.200.000 pagados de acuerdo con los artículos 127 y 134 del CST.

La presente certificación se firma el 30 de diciembre del 2022



---

**YERLY MARIA CUCHIMBA**  
**Supervisor**  
**3203759539**



## MARIELA UBAJOA AVILES

NIT 26.521.316-2

En virtud de que DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía, 15.991.657, laboró en esta compañía desde 2 DE FEBRERO DEL 2016 hasta 30 DE DICIEMBRE DEL 2020, se procede a certificar que:

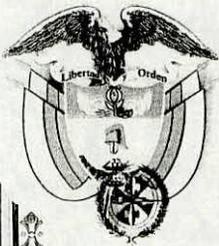
DIEGO FERNANDO FLOREZ GOMEZ, desempeñó el cargo de Aux. en Ventas, con funciones de, atención al cliente, vendedor de mostrador, compra de mercancía y surtidor de estantes.

Que, por lo anterior, recibió como salario fijo la suma de \$1.000.000 pagados de acuerdo con los artículos 127 y 134 del CST.

La presente certificación se firma el 30 de diciembre del 2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mariela Ubajoa A.', is written over a horizontal line.

**Mariela Ubajoa Aviles**  
**Gerente**  
**3108051511**  
**Almacen AutoLaPlata**



Colegio  
Nuestra Señora del Rosario  
Manzanares - Caldas

## *Acta Individual de Graduación*

*En la Ciudad de Manzanares Caldas, a los cuatro días del mes de Diciembre de 2004, se reunieron con el fin de Formalizar la Graduación de los alumnos de último grado, la suscrita Rectora y Secretaria del colegio Nuestra Señora del Rosario, Institución aprobada en el Nivel de Educación Básica y Media y autorizada por la Secretaría de Educación Departamental de Caldas hasta nueva visita, para otorgar el Título de Bachiller Comercial, según Resolución No. 05126 de Julio 2 de 1991, expedida por la Secretaria de Educación de Caldas.*

*Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de:*

### ***Bachiller Comercial***

*Al Graduando cuyos nombres, apellidos e identificación, se relacionan a continuación:*

***DIEGO FERNANDO FLÓREZ GÓMEZ***  
*Identificado con C. C. No. 15.991.657 de Manzanares*

*Es fiel copia del Acta Original N°. 17. Folio 35. Fecha 03 de diciembre de 2003.*

*Esta acta consta de 29 alumnos graduados, comienza con el nombre de GERMÁN ARIEL ARENAS OSORIO y termina con el nombre de OLGA PAOLA VARGAS LÓPEZ, la cual está firmada por SOR MARÍA ALEYDA MUÑETON RUIZ. Rectora y MELVA TRUJILLO ARISTIZABAL Secretaria de esa época.*

### ***ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL***

*Dada en Manzanares Caldas, a los 05 días del mes de mayo de 2023.*

  
**JOSÉ ALFONSO TOVÁR BONILLA**  
C. C. N° 12.129.596 de Neiva - Huila  
RECTOR

  
**CARLOS ALBERTO ARIAS LÓPEZ**  
C. C. N° 9.855.906 de Pensilvania  
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.991.657**

**FLOREZ GOMEZ**  
APELLIDOS

**DIEGO FERNANDO**  
NOMBRES



*Diego*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1984**  
**MANZANARES**  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.53**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**16-OCT-2002 MANZANARES**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Alba Luz*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-0905500-35146611-M-0015991657-20060404

0320206094A 02 196019692

CRA 6E 5+10  
Barrio Asvinen  
3 13 399 8158  
EPS. Asmesalub  
Pension: No tiene  
La Plata,  
(Huila).  
8 Horas.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.991.657**

**FLOREZ GOMEZ**  
APELLIDOS

**DIEGO FERNANDO**  
NOMBRES



*Diego Florez Gomez*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1984**  
**MANZANARES**  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.53**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**16-OCT-2002 MANZANARES**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-0905500-35146611-M-0015991657-20060404

0320206094A 02 196019692



www.formasminerva.com

Fecha D 21 M 09 A 23	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
-------------------------	--	--------------

**I. INFORMACION GENERAL**

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

Apellido(s) del aspirante <b>Florez Gomez</b>	Nombre(s) del aspirante <b>Diego Fernando</b>	
Lugar y fecha de nacimiento <b>Manzanaves (Caldas) 14-Enero-1984</b>		
Dirección domicilio / Barrio <b>Cra 6E # 5-10 Sur B/Asoviven</b>	Ciudad <b>La Plata - Huila</b>	
Teléfono	No. Celular <b>3133998158</b>	
Correo electrónico <b>pirry5573@gmail.com</b>	Nacionalidad <b>Colombiano</b>	
Profesión, ocupación u oficio <b>Tecnólogo en Producción Agrícola</b>	(*) Estado civil <b>Union Libre</b>	Años de experiencia laboral <b>6 años</b>

**DOCUMENTACION**

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° <b>15991657</b>	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <b>Manzanaves - Caldas</b>	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. INFORMACION PERSONAL**

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Empleado <input type="checkbox"/> Tipo de contrato Independiente <input type="checkbox"/>
¿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 D M A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre Dependencia	
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia
¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input checked="" type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/>	Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? <b>La Plata - Huila</b>	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? <b>Bogotá, Manzanaves, la Plata</b>
¿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 <b>Carolina Madero</b>
Teléfono <b>3125826467</b>	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? <b>19 Meses</b>
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual
¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? <b>\$ 600.000</b>	¿Cuánto es su aspiración salarial? <b>\$ 1'300.000</b>
¿Por qué conceptos? <b>Arrendamiento, Alimentación, servicios públicos</b>	
¿Cuál es su principal afición? <b>fútbol y Caballos</b>	¿Practica algún deporte? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? <b>Fútbol</b>
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? <b>Medallas y Trofeos de Campeón y goleador</b>	
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	

**OBJETIVO** Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

Espero tener un buen desarrollo en la empresa, aprender, tener una estabilidad económica para mi familia y lo haré realidad con mi esfuerzo y dedicación

60-0



### III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) <b>Lina María Ramos tomes</b>		Profesión, ocupación u oficio <b>estudiante</b>		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección <b>Cra 6E #5-10 sur</b>	Teléfono <b>3228080754</b>	Ciudad <b>La Plata</b>	
N° de personas que dependen económicamente del solicitante <b>2</b>		Parentesco <b>esposa e hija</b>		Edades <b>26-12</b>	
Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Nombre(s) hermanos(s)		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	

### IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	1996	5	Basica Primaria	I.E. San Luis Gonzaga	Manzanaves
Bachillerato Clásico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>					
Comercial <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2003	6	Bachiller Comercial	I.E. Nuestra Sra del Rosario	Manzanaves
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>					
Tecnológico <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	2013		Tecnólogo Producción Agrícola	SENA	La Plata
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Nombre de la institución	Horario		Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien					
Sistemas Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. excel		R <input checked="" type="checkbox"/> MB 3.	R	B MB
¿Programa(s) que maneja?	2. word		R <input checked="" type="checkbox"/> MB 4.	R	B MB
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.		Lectura	Escritura	Hablado
¿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.

### V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUE CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUE AREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONOMICAS (*)			AREA DE LA EMPRESA					
AGRICULTURA	<input checked="" type="checkbox"/>	Metalurgia <input type="checkbox"/>	FINANCIERO	<input type="checkbox"/>	Administración	<input checked="" type="checkbox"/>	Personal	<input checked="" type="checkbox"/>
GANADERÍA / AVICULTURA	<input type="checkbox"/>	Maquinaria <input type="checkbox"/>	INMOBILIARIO	<input type="checkbox"/>	Auditoría	<input type="checkbox"/>	Sistemas	<input type="checkbox"/>
MINERÍA	<input type="checkbox"/>	Automotores <input type="checkbox"/>	INFORMÁTICO	<input type="checkbox"/>	Bodega	<input checked="" type="checkbox"/>	Tesorería	<input type="checkbox"/>
HIDROCARBUROS	<input type="checkbox"/>	Muebles <input type="checkbox"/>	SAHUD	<input type="checkbox"/>	Compras	<input type="checkbox"/>	OTRAS (¿Cuáles?)	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	Reciclaje <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/>	Contabilidad	<input type="checkbox"/>		
Alimentos y Bebidas	<input type="checkbox"/>	OTROS (¿Cuáles?) <input type="checkbox"/>	SEGUROS	<input type="checkbox"/>	Costos	<input type="checkbox"/>		
Tabaco	<input type="checkbox"/>		TURISMO /RECREACIÓN	<input type="checkbox"/>	Crédito y Cobranzas	<input type="checkbox"/>		
Textiles y Confecciones	<input type="checkbox"/>		OTROS SERVICIOS	<input type="checkbox"/>	Diseño	<input type="checkbox"/>		
Cuero y Calzado	<input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	Asesorías Profesionales	<input checked="" type="checkbox"/>	Finanzas	<input type="checkbox"/>		
Papel y Cartón	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN	Servicios Temporales	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerencia General	<input type="checkbox"/>		
Editorial y Artes Gráficas	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	Seguridad Vigilancia	<input checked="" type="checkbox"/>	Impuestos	<input type="checkbox"/>		
Químico y Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	HOTELES Y RESTAURANTES	OTROS SECTORES	<input checked="" type="checkbox"/>	Mercadeo	<input type="checkbox"/>		
Caucho y Plástico	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO		<input type="checkbox"/>	Producción	<input type="checkbox"/>		
Vidrio, Cerámica y Cemento	<input type="checkbox"/>	COMUNICACIONES		<input type="checkbox"/>	Publicidad	<input type="checkbox"/>		

(\*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

## VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ULTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO COMENZANDO POR EL ULTIMO O ACTUAL, SI NECESITA DAR MAS DETALLES UTILICE UNA HOJA POR SEPARADO, ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERA CONFIDENCIAL

Nombre de la última o actual empresa Taberna Avenida Cielo		Dirección Av. Libertadores		Teléfono(s) 314 3760047	
Cargo Administrador		Nombre de su jefe inmediato Mano Rodriguez		Fecha de ingreso D 19 M 11 A 2021	
Fecha de retiro D 20 M 07 A 2023		Sueldo inicial \$ 900.000		Sueldo final o actual \$ 1100.000	
Total tiempo servido 20 Meses		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Administrador			
Funciones realizadas Compra de mercancía, manejo de Personal, logística, organización de eventos					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Prestación de Servicios	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Jornada: Diurna <input type="checkbox"/>		Nocturna <input checked="" type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Venta del establecimiento					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Compañía Progresar S.A.S		Dirección		Teléfono(s) 3203759539	
Nombre de su jefe inmediato Yerly María Cuchimba		Cargo Supervisor		Fecha de ingreso D 03 M 01 A 2021	
Fecha de retiro D 30 M 12 A 2022		Sueldo inicial \$ 700.000		Sueldo final o actual \$ 800.000	
Total tiempo servido 2 años		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Entregador de mercancía			
Funciones realizadas entregar mercancía Tat en el casco urbano del municipio					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		prestación servicios	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro Otra oferta laboral					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Almacen AutoLaPlata		Dirección		Teléfono(s) 3108051511	
Nombre de su jefe inmediato Hanela Urayoa Aviles		Cargo Gerente		Fecha de ingreso D 02 M 02 A 2016	
Fecha de retiro D 30 M 12 A 2020		Sueldo inicial \$ 600.000		Sueldo final o actual \$ 900.000	
Total tiempo servido 1 año 10 meses		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Aux. en ventas			
Funciones realizadas Atención al Cliente, bodega de mercancía, venta de mercancía					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>			
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input type="checkbox"/>	
Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Motivo del retiro otra oferta laboral					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

## INFORMACION DE SEGURIDAD SOCIAL (Relacione las entidades a las que actualmente esta afiliado)

¿Entidad promotora de salud (EPS)?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Fondo de pensiones?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Fondo de cesantías?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál?	Asmel Salud	¿Cuál?		¿Cuál?	
Fecha de afiliación:	Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>	Fecha de afiliación:		Fecha de afiliación:	

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.-	Nombre <b>Ancitar Botero</b>	Ocupación <b>Comerciante</b>	Dirección <b>Calle Cua 5 esquina</b>	Teléfono <b>3102583176</b>
2.-	Nombre <b>Jose David Ramos Ramos</b>	Ocupación <b>Comerciante</b>	Dirección <b>Cua 1A E #9-60</b>	Teléfono <b>3103015022</b>
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre <b>Lina Maria Ramos Tome</b>	Ocupación <b>Estudiante</b>	Dirección <b>Cua 6E #5-10 SW</b>	Teléfono <b>3208080754</b>

**Verificación** (Espacio exclusivo para el empleador)

1.-

2.-

3.-

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



Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en [www.formasminerva.com](http://www.formasminerva.com).



Ingrese su Hoja de Vida en:

**ALIADOLABORAL**  
COM  
[www.aliadolaboral.com](http://www.aliadolaboral.com)

### Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir 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

*[Firma manuscrita]*  
C.C. **15.188.657**

## VIII. ADMINISTRACION PROCESO DE SELECCION (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
			Asistió a Entrevista		Hora de Llegada
	Día	Hora	Si	No	
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, R - Regular, B - Bien, MB - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad	R	B	MB	R	B	MB	Desempeño en cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Presentación	R	B	MB	R	B	MB	Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores	R	B	MB	R	B	MB	
Aspectos de vigor y salud	R	B	MB	R	B	MB	Se ajusta al perfil	R	B	MB	R	B	MB	
Facilidad de expresión	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	

### CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente Si  No

Contrátese a partir del

Sueldo  
\$

Candidato elegible próximamente Si  No

Cargo

Tipo de contrato

Referencias verificadas por

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Firma de quien autoriza contratación