



HOJA DE VIDA PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D 20 M 09 A 2023	Empleo o cargo al que aspira
---------------------------	------------------------------

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

Apellido(s) del aspirante Aguirre Cachaya		Nombre(s) del aspirante Luisa Fernanda	
Fecha de nacimiento D 01 M 10 A 1985	Lugar de nacimiento Rivera (CH)		
Dirección domicilio / Barrio Cra 1ª este 8ª - 27 B. country		Ciudad Rivera (CH)	
Teléfono 318662 1178	Nº. Celular 318662 1178		
Correo electrónico lufernandaguirre@gmail.com		Nacionalidad Colombiana.	
Profesión, ocupación u oficio Oficios varios		(*) Estado civil Casada	Años de experiencia laboral 20 años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 33751091	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Neiva (CH)	Distrito No. _____	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No. _____	¿Tiene vehículo? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. _____
		Categoría _____



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona muy responsable, honesta y trabajadora. Me gusta cumplir con mis labores a realizar, muy puntual con mis responsabilidades. Siempre aportando lo mejor de mí.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$		
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí <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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

16766



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Carlos A. Liscano P.		Profesión, ocupación u oficio Empleado		Empresa donde trabaja Petroguip C.P.	
Cargo actual auxiliar de campo		Dirección Cra 19 este 8ª-27		Teléfono 3168126526	
No. de personas que dependen económicamente de usted 4		Parentesco Esposo e hijos		Edades 35, 13, 11, 4 años.	
Nombre(s) padre(s) Angela Cachoya Lara Luis Antonio Aguirre		Profesión, ocupación u oficio		Teléfono(s)	
Nombre(s) hermano(s) Claudia Esperanza Aguirre C. Juan Pablo Aguirre C.		Profesión, ocupación u oficio Empleada oficial en construcción		Teléfono(s) 3115055242 3148024449	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2000	5	Quinto Primaria	Andrés Abelino Longas	Rivera (H)
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2004	11	Bachiller Académica	Liceo Nuevo Milenio	Neiva (H)
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 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"/>	Escucha Lectura Escritura Habla				
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB
	2.	R B MB	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 Papeleña Las Princesas		Actividad Económica Rivera		Dirección		Teléfono(s) 3165344232	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Atender		Área del cargo		Fecha Ingreso 01 M 08 A 21		Fecha Retiro 31 M 05 A 22	
Funciones realizadas atención al cliente				Sueldo Inicial \$ 350.000		Sueldo Final \$ 400.000	
Nombre de su jefe inmediato Nyired chavez Rodriguez				Cargo Representante legal.			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo? 10 Meses		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
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"/>	
Motivo del retiro Voluntario				Nocturna <input checked="" type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>	

Nombre de la empresa Distribuidora de Carnes		Actividad Económica Ventas	Dirección Clls N° 5ª-32		Teléfono(s) 3214785541	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted CAJERA		Área del cargo	Fecha Ingreso 01/07/18	Fecha Retiro 01/07/21	Sueldo Inicial \$Mínimo	Sueldo Final \$Mínimo.
Funciones realizadas Bodega, Mercaderista, Cajera y atención en Carnicería.						
Nombre de su jefe inmediato Urias touar Losada			Cargo Representante legal.			
Logros obtenidos La confianza que me he ganado por mi Responsabilidad						
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"/> 8 Horas		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 Voluntario por embarazo						

Nombre de la empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	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 <input 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 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						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Diana Marcela García	Ocupación Docente	Teléfono 3144332776
2.	Nombre Luz Piedad Losada	Ocupación Independiente	Teléfono 3212725674
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre Claudia Esperanza R.	Ocupación Empleado	Teléfono 3115025292
2.	Nombre Carlos A. Liscano	Ocupación Empleado	Teléfono 3168126526

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



<p>Nota importante</p> <p>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Certificación</p> <p>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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p>Luz Fernanda Aguirre C.C. 33751091. Nueva (CH).</p>
--	--	--



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

CERTIFICA

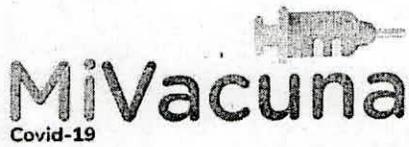
Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 239510 correspondiente a la empresa Society Services General Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura
LUISA FERNANDA AGUIRRE CACHAYA	C.C.	33,751,091	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, el Friday September 29 2023 a las 5:54:28 PM
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Luisa Fernanda

Apellidos:

Aguirre Cachaza

Documento de identidad:

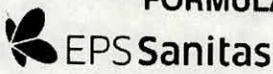
C.C. X.T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 33.751.091

Fecha de nacimiento:

Día 01 Mes 10 Año 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	14 sept 2021	Pfizer	F3526	E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO VACUNACIÓN Rivera - Huila	Sara Gamba	
	2	14-12-21	Pfizer	FL 3196	E.S.E. HOSPITAL DIVINO NIÑO VACUNACIÓN	Milena Rojas	



NUESTRO COMPROMISO ES SU SALUD
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación



176526481

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades /		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo / B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante / B. Cabeza de Familia C. Beneficiario			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente / B. Independiente C. Pensionado	
				Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Aguirre Cachava Luisa Fernanda	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 33757097
9. Sexo Femenino / Masculino	10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 1'460.000
18. Residencia Dirección Carretera 7 este # 08 A 27					Teléfono Fijo
Teléfono Celular 3788627778		Correo Electrónico luisaaguirre@gmail.com			
Municipio / Distrito Riviera		Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna		Departamento Huila

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad
22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento

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			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino			
B2		Femenino Masculino			
B3		Femenino Masculino			
B4		Femenino Masculino			
B5		Femenino Masculino			

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento			33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P		Municipio/Distrito	Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
B2	F N M T P		Municipio/Distrito	Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
B3	F N M T P		Municipio/Distrito	Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
B4	F N M T P		Municipio/Distrito	Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
B5	F N M T P		Municipio/Distrito	Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social Sosege sas	36. Tipo documento de identificación NIT CC / TI PA / CE CD	37. Número del documento de identificación 900322373	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Teléfono Fijo
Correo Electrónico	Departamento		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD / RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
		Fecha de nacimiento	42. Fecha 7/8/09/2023
43. EPS anterior Sanitas	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. 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.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52. 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.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
Luisa Aguirre.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
[Firma]

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el representante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. 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.

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
EPS SANITAS
Fecha **06-10-2023**

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Codigo del Municipio Codigo del Departamento

67. Datos del SISBÉN
Número de ficha Puntaje Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Tipo de documento Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker procesamiento

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	33751091
NOMBRES	LUISA FERNANDA
APELLIDOS	AGUIRRE CACHAYA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2019	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/20/2023 18:24:24 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,



POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:10:13 PM horas del 20/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 33751091

Apellidos y Nombres: **AGUIRRE CACHAYA LUISA FERNANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



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 18:10:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	33751091
Código de Verificación	33751091230920181053

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. 231640961



PIB
18:11:48
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de septiembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUISA FERNANDA AGUIRRE CACHAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 33751091:

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.

PAPELERÍA VARIEDADES LAS PRINCESAS

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL

HACE CONSTAR:

Que la señora **LUISA FERNANDA AGUIRRE CACHAYA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 33.751.091 expedida en Neiva Huila, laboró desde el primero (1) de agosto hasta el treinta y uno (31) de mayo, realizando labores en ventas y atención al cliente. Siendo una persona responsable, honesta y trabajadora.

Se expide en Rivera, a los veintiún (21) días del mes de junio de 2022.

Niyred Chavez Rodriguez.

**REPRESENTANTE LEGAL
NIYRED CHAVEZ RODRIGUEZ
C.C 26.431.186 de Rivera – Huila
Teléfono 316 534 4232**

DISTRIBUIDORA DE CARNES Y VERDURAS

LOS SOCIOS

URIAS TOVAR LOSADA
NIT. 83.229.809-8 Rivera
CEL. 312 4785541 – 321 3190842
Calle 5 No. 5A – 32 Barrio Centro Arriba
RIVERA – HUILA

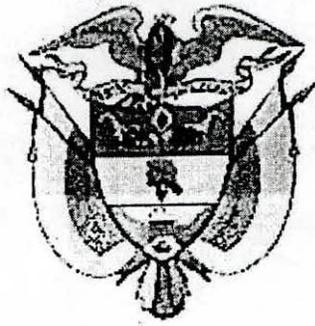
CERTIFICA:

Que la señora **LUISA FERNANDA AGUIRRE CACHAYA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 33.751.091 de Neiva, laboró en esta empresa desde el mes de julio de 2018 a julio de 2021, en el cargo de **CAJERA**, tiempo en el cual demostró buen desempeño laboral.

La presente certificación se expide en Rivera (H) a los (21) días del mes de junio de 2022.

Urias Tovar Losada

URIAS TOVAR LOSADA
C.C. 83.229.809 Rivera



LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre el

COLEGIO
LICEO NUEVO MILENIO

De Neiva – Huila

Aprobado por la Secretaría de Educación y Cultura de Neiva, según Resolución número 094
de Diciembre 07 de 2004

Confiere a:

LUISA FERNANDA AGUIRRE

C.C. 33.751.091 Neiva - Huila

El Título de
BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media
Vocacional, según los planes y Programas Vigentes
Decreto 3011 de 1997


OSCAR RIOS GUTIÉRREZ
Rector


SANDRA MILENA SIERRA
Secretaria

Neiva, 22 de Diciembre de 2004

COLEGIO LICEO NUEVO MILENIO

Neiva – Huila

Inscripción S.E. No 094

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Neiva, a los 22 días del mes de DICIEMBRE del año 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría del "Colegio Liceo Nuevo Milenio", Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura de Neiva, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad A C A D É M I C A, según Resolución No 094 del 07 de DICIEMBRE de 2004.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER ACADÉMICO

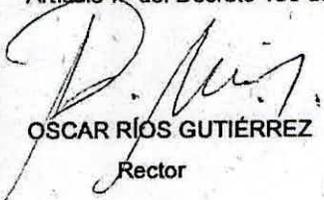
Al graduando cuyos nombres, apellidos y Número del documento de Identificación se relacionan a continuación: AGUIRRE LUISA FERNANDA C.C. 33.751.091 Neiva - Huila.

Es copia tomada del Acta Original General No 002 Folio 002 de fecha, 22 de DICIEMBRE de 2004 que consta de 40 alumnos. Inicia con ACOSTA WILSON ANDRÉS y termina con VARGAS ESPITIA JAVIER ANDRES.

Firmada y Sellada por OSCAR RÍOS GUTIÉRREZ (Rector) y SANDRA MILENA SIERRA (Secretaria)

Dada en Neiva, a los 22 días del mes de DICIEMBRE de 2004.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto 180 de 1981.


OSCAR RÍOS GUTIÉRREZ

Rector


SANDRA MILENA SIERRA

Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

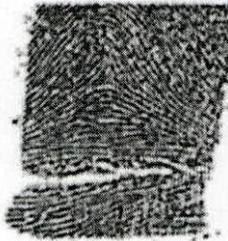
NÚMERO **33.751.091**
AGUIRRE CACHAYA

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Fernanda Aguirre

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1985**

RIVERA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

24-DIC-2003 NEIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



A-1906400-00871766-F-0033751091-20161214

0052652491A 1

45306010

*EPS Sanita.
F Pensione -> No tiene
Cra 1A este 8A - 27
RIVERA Barrio Lontí
318 6621178*