

minerva

10-03

www.formasminerva.com



# HOJA DE VIDA

## PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| Fecha | Empleo o cargo al que aspira |
| D M A |                              |

### I. INFORMACIÓN GENERAL

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

|                                                                                |  |                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Apellido(s) del aspirante<br><b>Meneses Alvarez</b>                            |  | Nombre(s) del aspirante<br><b>Arnulfo</b>                                           |  |
| Fecha de nacimiento<br>D <b>05</b> M <b>02</b> A <b>1952</b>                   |  | Lugar de nacimiento<br><b>Tarqui - Huila</b>                                        |  |
| Dirección domicilio / Barrio<br><b>Cll 13 # 8-67</b>                           |  | Ciudad<br><b>Pitalito - Huila</b>                                                   |  |
| Teléfono                                                                       |  | N°. Celular<br><b>317 - 310 - 7208</b>                                              |  |
| Correo electrónico<br><b>ArnulfoMenesesalvarez@hotmail.com</b>                 |  | Nacionalidad<br><b>Colombiano</b>                                                   |  |
| Profesión, ocupación u oficio<br><b>Operador de planta y/o mantenimiento</b>   |  | (*) Estado civil<br><b>Soltero</b>                                                  |  |
|                                                                                |  | Años de experiencia laboral<br><b>más de 30 años</b>                                |  |
| <b>DOCUMENTACIÓN</b> (**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995    |  |                                                                                     |  |
| Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. <b>4.941.229</b> |  | (**) Libreta militar No. _____ Primera clase: <input type="checkbox"/>              |  |
| Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: <b>Tarqui</b>               |  | Distrito No. _____ Segunda clase: <input type="checkbox"/>                          |  |
| Tarjeta profesional No. _____                                                  |  | ¿Tiene vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No |  |
|                                                                                |  | Licencia de conducción No. _____ Categoría _____                                    |  |



### II. PERFIL LABORAL

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

**Operador de planta que ha desarrollado las actividades de manera eficiente, con disciplina, con más de 30 años de experiencia actuando de manera correcta y honesta, buscando siempre destacar con el cumplimiento de objetivos.**

### III. INFORMACIÓN PERSONAL

|                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ¿Está trabajando actualmente?<br>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                |  | ¿En qué empresa?<br><b>INCA AVILA</b>                                                                                               |  | Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Tipo de contrato<br>Independiente <input type="checkbox"/> <b>Definido</b>                                            |  |
| ¿Trabajó antes en esta empresa?<br>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                              |  | ¿Solicitó empleo antes en esta empresa?<br>Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       |  | Fecha<br>D M A                                                                                                                                                     |  |
| ¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                          |  | Nombre<br>Dependencia                                                                                                               |  | ¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante?<br>Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                          |  | Vive en casa: ¿Familiar? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/> |  | Nombre del arrendador<br>Teléfono                                                                                                                                  |  |
| ¿Actualmente tiene algún ingreso adicional?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                  |  | Describalo e indique su valor mensual                                                                                               |  | ¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales?<br><b>\$ 500.000</b>                                                                                          |  |
| ¿Por qué conceptos?<br><b>Servicio, Alimentación, vestido</b>                                                                                                                                                                      |  | ¿Cuál es su principal afición?<br><b>Ver Televisión</b>                                                                             |  | ¿Cuánto es su aspiración salarial?<br><b>\$ 1.300.000</b>                                                                                                          |  |
| ¿Practica algún deporte?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                     |  | ¿Cuál(es)?                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                    |  |
| ¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                    |  |

11957520

minerva

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

REV. 05-2019

## IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

|                                 |  |                                                      |  |                               |  |
|---------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Nombre esposa(o) o compañera(o) |  | Profesión, ocupación u oficio                        |  | Empresa donde trabaja         |  |
| Cargo actual                    |  | Dirección                                            |  | Teléfono                      |  |
| Ciudad                          |  | No. de personas que dependen económicamente de usted |  | Parentesco                    |  |
| Edades                          |  | Nombre(s) padre(s)                                   |  | Profesión, ocupación u oficio |  |
| Teléfono(s)                     |  | Nombre(s) hermano(s)                                 |  | Profesión, ocupación u oficio |  |
| Teléfono(s)                     |  | <b>Maria Regina Meneses</b>                          |  | <b>Amo de casa</b>            |  |
| <b>3133952320</b>               |  |                                                      |  |                               |  |

## V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

| ESTUDIOS                                                                                                                                      | AÑO DE FINALIZACIÓN                                                | AÑOS CURSADOS       | TÍTULO OBTENIDO                   | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN                                             | CIUDAD                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Primaria                                                                                                                                      |                                                                    |                     |                                   |                                                                      |                                                                                |
| Bachillerato                                                                                                                                  |                                                                    |                     |                                   |                                                                      |                                                                                |
| Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>                                                                |                                                                    |                     |                                   |                                                                      |                                                                                |
| Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>                                                                              |                                                                    |                     |                                   |                                                                      |                                                                                |
| 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?                                                                                                                  | ¿Qué tipo de estudios?                                             |                     | Duración (años, semestres, meses) |                                                                      | Año / semestre que cursa                                                       |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            |                                                                    |                     |                                   |                                                                      |                                                                                |
| Nombre de la institución                                                                                                                      |                                                                    |                     | Horario                           | Diurno <input type="checkbox"/><br>Nocturno <input type="checkbox"/> | Fin de semana <input type="checkbox"/><br>A distancia <input type="checkbox"/> |
| <b>OTROS CONOCIMIENTOS:</b> Indique el grado de dominio <b>R-Regular</b> (50 a 60%) <b>B-Buena</b> (61 a 80%) <b>MB-Muy Buena</b> (81 a 100%) |                                                                    |                     |                                   |                                                                      |                                                                                |
| Sistemas                                                                                                                                      | Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> |                     |                                   |                                                                      |                                                                                |
| ¿Qué idioma(s) conoce?                                                                                                                        |                                                                    | Escucha             | Lectura                           | Escritura                                                            | Habla                                                                          |
|                                                                                                                                               |                                                                    | R B MB              | R B MB                            | R B MB                                                               | R B MB                                                                         |
|                                                                                                                                               |                                                                    | 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                                                    |  | Actividad Económica                |  | Dirección                                                                    |  | Teléfono(s)                           |  |
| <b>INCHUCLA</b>                                                                         |  |                                    |  | <b>Cil 11 N. 25-42</b>                                                       |  | <b>8630403</b>                        |  |
| Cargo(s) desempeñado(s) por usted                                                       |  | Área del cargo                     |  | Fecha Ingreso                                                                |  | Fecha Retiro                          |  |
| <b>Operario de planta</b>                                                               |  | <b>Mantenimiento</b>               |  |                                                                              |  |                                       |  |
| Funciones realizadas                                                                    |  | Sueldo Inicial                     |  | Sueldo Final                                                                 |  |                                       |  |
| <b>Realizar trabajos de mantenimiento caracterizado en oficio</b>                       |  |                                    |  |                                                                              |  |                                       |  |
| <b>Varios</b>                                                                           |  |                                    |  |                                                                              |  |                                       |  |
| Nombre de su jefe inmediato                                                             |  |                                    |  | Cargo                                                                        |  |                                       |  |
| <b>Gabriel Arcos Cerón</b>                                                              |  |                                    |  | <b>Juez</b>                                                                  |  |                                       |  |
| Logros obtenidos                                                                        |  |                                    |  |                                                                              |  |                                       |  |
|                                                                                         |  |                                    |  |                                                                              |  |                                       |  |
| Tipo de contrato:                                                                       |  | ¿Cuánto tiempo?                    |  | Contrato directo con la empresa                                              |  | Otro                                  |  |
| Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input checked="" type="checkbox"/>            |  | <b>4 años</b>                      |  | <input checked="" type="checkbox"/>                                          |  | <input type="checkbox"/>              |  |
|                                                                                         |  |                                    |  | Contrato por medio de agencia                                                |  |                                       |  |
| Horario de trabajo:                                                                     |  | Tiempos                            |  | Jornada:                                                                     |  |                                       |  |
| Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> |  | Por horas <input type="checkbox"/> |  | Diurna <input checked="" 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) desempeñado(s) por usted                                                                                                                                                                                                                           | Área del cargo      | Fecha Ingreso |   | Fecha Retiro | Sueldo Inicial | Sueldo Final |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                     | D             | M | A            | D              | M            |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |               |   |              | \$             | \$           |
| 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?<br>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                                                                                                                                                                                                                                           |                     |               |   |              |                |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |               |   |              |                |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|---|--------------|----------------|--------------|
| Nombre de la 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            |
|                                                                                                                                                                                                                                                             |                     |               |   |              | \$             | \$           |
| 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?<br>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<br><b>Gabriel Arco</b>   | Ocupación<br><b>Juez</b>     | Dirección<br><b>Vda Contador</b>         |
|                                                                                            |                                 |                              | Teléfono<br><b>3167928084</b>            |
| 2.                                                                                         | Nombre<br><b>Saul Ojorio</b>    | Ocupación<br><b>Policia</b>  | Dirección<br><b>Con. Verde Horizonte</b> |
|                                                                                            |                                 |                              | Teléfono<br><b>3106691580</b>            |
| Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente |                                 |                              |                                          |
| 1.                                                                                         | Nombre<br><b>Yaned Manrique</b> | Ocupación<br><b>Gerente</b>  | Dirección<br><b>Bosques de la Rivera</b> |
|                                                                                            |                                 |                              | Teléfono<br><b>3134033045</b>            |
| 2.                                                                                         | Nombre<br><b>Hector Meneses</b> | Ocupación<br><b>Empleado</b> | Dirección<br><b>Bogotá</b>               |
|                                                                                            |                                 |                              | Teléfono<br><b>32199180249</b>           |

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



Marque con una X

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nota importante</b><br>Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias. | <b>Certificación</b><br>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). | <b>Firma del solicitante</b><br> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## INGRESO EMPLEADO

### DATOS DE LA EMPRESA

**Tipo de Identificación:** NIT  
**Número de documento:** 900322373  
**Número Afiliación:** 239510  
**Razón social:** SOCIETY SERVICES GENERAL SAS

### DATOS DEL EMPLEADO:

**Tipo de documento:** CÉDULA  
**Número de Documento** 4941229 ✓  
**Nombre:** ARNULFO MENESES ALVAREZ  
**Fecha Ingreso:** 18/09/2023  
**Salario básico:** 1,160,000  
**Nit empresa en misión:** 800165866  
**Código Sucursal:** 05  
**Centro de trabajo:** 5  
**Tasa:** 1.044  
**Fecha hora transacción:** 16/9/2023 12:27:22 PM

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARNULFO MENESES ALVAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4941229**, se encuentra afiliado/a desde **13/05/1981** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de septiembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya  
Dirección de Afiliaciones

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

No. de Radicación

Fecha de Radicación


**176526981**

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

**I. DATOS DEL TRÁMITE**

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

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

|                                                                                            |                                                        |                                               |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|
| 6. Apellidos y nombres<br>Primer Apellido: <b>Meneses</b> Segundo Apellido: <b>Alvarez</b> |                                                        | Primer Nombre: <b>Arnulfo</b> Segundo Nombre: |                         |
| 7. Tipo de documento de identidad<br>CN TI CE CD RC CC PA SC                               | 8. Número del documento de identidad<br><b>4947229</b> | 9. Sexo<br>Femenino Masculino /               | 10. Fecha de nacimiento |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

|                                                      |  |                                              |                    |                                                          |                                 |
|------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 11. Etnia                                            |  | 12. Discapacidad<br>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<br><b>7'760.000</b> |                                 |
| 18. Residencia<br>Dirección: <b>calle 73 # 08-67</b> |  | Teléfono Celular: <b>377 370 7208</b>        |                    | Correo Electrónico: <b>arnulfomeneses@gmail.com</b>      |                                 |
| Municipio / Distrito: <b>Pitalito</b>                |  | Zona: Urbana / Rural                         | Localidad / Comuna | Departamento: <b>Huila</b>                               |                                 |

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

|                                                                                                                                              |  |                                       |  |                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 19. Apellidos y nombres del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante<br>Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: |  |                                       |  |                                |  |
| 20. Tipo de documento de identidad<br>CN TI CE CD RC CC PA SC                                                                                |  | 21. Número del documento de identidad |  | 22. Sexo<br>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           |  | 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<br>Tipo Condición |  | 32. Datos de Residencia<br>Municipio/Distrito Zona |              | Departamento |  | Teléfono Fijo y/o Celular |  | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |  |
|-----------|--|------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--------------|--------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| B1        |  | F N M T P                          |  |                                                    | Urbana Rural |              |  |                           |  |                                                                     |  |
| B2        |  | F N M T P                          |  |                                                    | Urbana Rural |              |  |                           |  |                                                                     |  |
| B3        |  | F N M T P                          |  |                                                    | Urbana Rural |              |  |                           |  |                                                                     |  |
| B4        |  | F N M T P                          |  |                                                    | Urbana Rural |              |  |                           |  |                                                                     |  |
| B5        |  | F N M T P                          |  |                                                    | Urbana Rural |              |  |                           |  |                                                                     |  |

**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<br><b>Sesge</b>                                                                                                       | 36. Tipo documento de identificación<br>NIT / TI / CE / CC / PA / CD | 37. Número del documento de identificación<br><b>900322373</b> | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
| 39. Ubicación<br>Dirección                                                                                                                      |                                                                      | Teléfono Fijo                                                  |                                                                       |
| Correo Electrónico                                                                                                                              |                                                                      | Municipio / Distrito                                           | Departamento                                                          |

### B. REPORTE DE NOVEDADES

|                                                                                                                    |                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 40. Tipo de Novedad                                                                                                | 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas                              |
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.                                       | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.                                         | <input type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo                    |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.                                              | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado                                                              |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                   | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                            |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.<br>Código <input type="text"/>                | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen                                                               |
| <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.                                                               | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.                                                      |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                 | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante                                   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales                                  | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.       | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado                                            |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando |                                                                                                             |

### 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      |         | Número del documento de identidad |         | Sexo                 |  | Fecha de nacimiento |  | 42. Fecha      |  |
| CN / RC                             | TI / CC | CE / PA                           | CD / SC | Femenino / Masculino |  |                     |  | 7/8/09/2023    |  |

|                                    |                                  |                                                          |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 43. EPS anterior<br><b>Sanitas</b> | 44. Motivo de traslado<br>Código | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                         |
| <input type="checkbox"/> 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.                                                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.    |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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. |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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<br><b>Arnolfo menses</b> | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institución o de oficio<br><b>[Firma]</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### IX. ANEXOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |          |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------|-------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad:                                                                                                                                                                                                                                     | CN RC TI CC PA CE CD SC | Cantidad | TOTAL |
| <input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.                                                                                                                                                                  |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.                                                                                                         |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 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. |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.                                                                                                                                                                                     |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.                                                                                                                                                                                  |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 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 cotizante sobre la ausencia de los dos padres.                                                              |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.                                                                                                                                                           |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.                                                                                                                                                       |                         |          |       |
| <input type="checkbox"/> 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.                                                                                        |                         |          |       |

EPS SANITAS  
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN  
POR LA EPS

Recibido por **[Firma]**

Fecha **06-10-2023**

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

|                                                     |                                   |                         |                         |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 66. Identificación de la Entidad Territorial        | 67. Datos del SISBEN              | 68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación |
| Código del Municipio / Código del Departamento      | Número de ficha / Puntaje / Nivel |                         |                         |
| 70. Datos del funcionario que realiza la validación | 71. Firma del Funcionario         |                         |                         |
| Primer Apellido / Segundo Apellido                  | Primer Nombre / Segundo Nombre    |                         |                         |

|                   |                                  |                           |
|-------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|                   |                                  | <b>[Firma]</b>            |

### Observaciones:

|                |
|----------------|
| 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 |
|                                                      |                     |                       |

CE-006 - 0000000100 – 2023

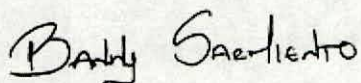
## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

|                                 |                          |
|---------------------------------|--------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 4941229               |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Meneses Alvarez, Arnulfo |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                  |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Dependiente              |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/07/2023               |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                  |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado               |
| REGIMEN                         | Contributivo             |

La presente se expide a nombre de Meneses Alvarez, Arnulfo , a los 15 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

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 viernes 15 de septiembre de 2023, a las 08:54:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 4941229              |
| Código de Verificación | 4941229230915085416  |

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. 231351368



PIB

09:01:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 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) ARNULFO MENESES ALVAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 4941229:

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.



### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:08:14 AM horas del 15/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **4941229**

Apellidos y Nombres: **MENESES ALVAREZ ARTULFO**

#### **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.

### **CERTIFICACION**

Por medio del presente me permito CERTIFICAR, que conozco en forma personal y directa desde hace más de treinta (30) años al señor **ARNULFO MENESES ALVAREZ**, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 4.941.229 y por este conocimiento que de él tengo puedo manifestar que es una persona honorable, seria y responsable a quien se le puede encargar cualquier labor en la seguridad que responderá favorablemente.

Cualquier información adicional en el Cel. 3214987683.

Para constancia se firma en Pitalito H, a los quince (15) días del mes de Septiembre de dos mil veintitrés (2023).

  
LUCY DEL SOCORRO PERDOMO MOLANO  
C.C.No 36.111.824 de Isnos H

## CERTIFICACION

Por medio de la presente me permito **CERTIFICAR** que conozco de trato, vista y comunicación al señor ARNULFO MENESES ALVAREZ, identificado con la C.C.No. 4.941.229, desde hace más 10 años, siendo una persona honesta, trabajadora, responsable a quien se le puede encomendar funciones de acuerdo a su leal, saber y entender.

Para constancia se firma en Pitalito, Huila, a los Quince (15) días del mes de Septiembre del año dos mil Veintitrés (2023).-



**GABRIEL ARCOS CERON**

C.C.No.5.230.413



**INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P**

Nit. 813005241-0

*Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente*



VIGILADO  
Super Transporte

**INCINERADOS DEL HUILA – INCIHUILA S.A.S. E.S.P.**

**CERTIFICA QUE:**

El señor **ARNULFO MENESES ALVAREZ**, identificado con cédula de ciudadanía N° **4.941.229** expedida en Tarqui - Huila, laboró con la empresa **INCINERADOS DEL HUILA - INCIHUILA S.A.S. E.S.P.** en virtud de un **CONTRATO POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, desempeñando el cargo de **OPERARIO DE PLANTA Y O MANTENIMIENTO** teniendo como fecha de inicio el día siete (07) de diciembre de 2022 hasta el día quince (15) de septiembre de 2023.

En constancia de lo anterior, se firma la presente en la ciudad de Neiva – Huila, el día quince (15) de septiembre de 2023.

Atentamente,

INCIHUILA S.A.S. E.S.P.  
NIT. 813005241-0  
  
**CHANEL IVON CARDOSO CARDOZO**  
Coordinadora de Talento Humano (E)

**Proyectó:** Karen Cano  
Talento Humano

Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 B/ 7 de Agosto PBX: (098) 8630403  
Móvil: 3187116663 – 313 245 31 78 E-mail: [pqr@incihuila.com.co](mailto:pqr@incihuila.com.co) - [incihuilasa@gmail.com](mailto:incihuilasa@gmail.com)  
Agencia Florencia: Calle 21 No. 11a-38 PBX: (098) 4346792 Móvil: 314 237 4788  
E-mail: [agenciaflorencia@incihuila.com.co](mailto:agenciaflorencia@incihuila.com.co); [comercial2@incihuila.com.co](mailto:comercial2@incihuila.com.co)  
Agencia Villavicencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396  
E-mail: [agenciavillavicencio@incihuila.com.co](mailto:agenciavillavicencio@incihuila.com.co) Móvil: 3502926772



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.941.229**

**MENESES ALVAREZ**

APELLIDOS

**ARNULFO**

NOMBRES

*ARNULFO MENESES*

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1952**

**TARQUI**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63**  
ESTATURA

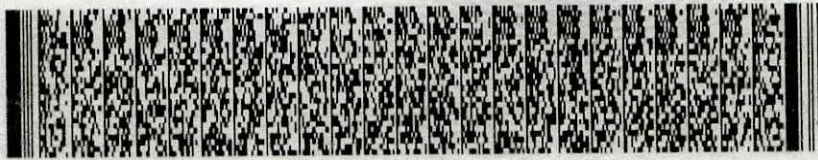
**B+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**21-ENE-1974 TARQUI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1906100-00259580-M-0004941229-20101011

0024317704A 1

28327595