



MIVACUNA

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MIVACUNA



Certificado de vacunación

Nombre:

SOLERA

Apellidos:

MARINO TORRES

Documento de identidad:

C.C.R. TI Pasaporte P.B. otro otro

No. 26 204 264

Fecha de nacimiento:

Día 06 Mes 05 Año 1975

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	28-08-2022	Pfizer	R1202K	IPS JACTA	Wilda Guey Tame	26670764
	2						



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 36304264
Nombre: SOBEIDA ARANGO BOHORQUEZ
Fecha Ingreso: 21/09/2023
Salario básico: 1,160,000
Nit empresa en misión: 800165866
Código Sucursal: 05
Centro de trabajo: 6
Tasa: 1.044
Fecha hora transacción: 20/09/2023 11:35:51 a.m.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

SOBEIDA ARANGO BOHORQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.304.264**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 15 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





...cuida la salud de mi familia!

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

NUMERO DE RADICACIÓN

[Empty box for Radication Number]

FECHA DE RADICACIÓN

25092023

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
ARANGO		BOHORQUEZ		SOBEIDA			
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
NA <input checked="" type="checkbox"/>		36304264		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		06 05 1975	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo Poblacional	
NA		Tipo NA Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
Colpatna		Ponvenir		1.160.000			
18. Residencia		Teléfono fijo		Teléfono celular			
Dirección: Carrera 3 No 6-24		3143676719		talentohumanobogotaespaleo.co			
Municipio/Distrito: Solita		Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / Comuna		Departamento: Cundinamarca	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad				26. Número del documento de identidad				27. Sexo				28. Fecha de nacimiento			
Primer apellido				Segundo apellido				Primer nombre				Segundo nombre							
B1				NA								Femenino Masculino				DD MM AAAA			
B2				NA												DD MM AAAA			
B3				NA												DD MM AAAA			
B4				NA												DD MM AAAA			
B5				NA												DD MM AAAA			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad			Tipo		Condición	
				FISICA			NEURO SENSORIAL		MENTAL	
B1		NA							T P	
B2		NA								
B3		NA								
B4		NA								
B5		NA								
32. Datos de residencia		Zona		33. Valor de la UPS del afiliado adicional		(a registrar por la EPS)				
Municipio / Distrito		Urbana Rural		Departamento		Teléfono Fijo y /o celular				
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
SOSEGE SAS		NA		900322373			
39. Ubicación		Dirección		Teléfono		Departamento	
Cra 16A No 159-233042114375		talentohumanobogotaespaleo.co		Cundinamarca			

VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

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

Asmet Salud EPS SAS se permite informar que a la fecha, el (la) afiliado(a) SOBEIDA ARANGO BOHORQUEZ identificado(a) con CC 36304264 se encuentra vinculado(a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud por intermedio de Asmet Salud EPS SAS con la siguiente información:

Régimen de afiliación actual:	CONTRIBUTIVO
Tipo de afiliación:	COTIZANTE
Rango salarial:	1
Municipio afiliación:	SOLITA, CAQUETA
Zona:	URBANA
Estado:	ACTIVO

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en la línea gratuita: 01 8000 913 876 o en el chat virtual de nuestra página WEB www.asmet salud.org.co. Se firma y se expide en la ciudad de Popayán a los 15 días del mes de septiembre de 2023, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Operaciones Nacional

ASMET SALUD EPS SAS

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



Fecha:15/09/2023 16:04:12 IP:190.217.19.172 - F20E24A5BC9B35DD4A8E50690E30AAB3965EF1D0

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 15:43:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	36304264
Código de Verificación	36304264230915154322

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

Generó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



Sobeida arango



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:41:36 PM horas del 15/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **36304264**

Apellidos y Nombres: **ARANGO BOHORQUEZ SOBEIDA**

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)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



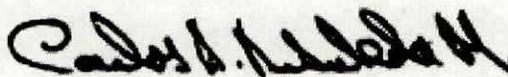
Bogotá DC, 15 de septiembre del 2023

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) SOBEIDA ARANGO BOHORQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36304264:

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.

Referencias Personales

MAURICIO NIÑO ACOSTA

Jefe de Control Interno
Alcaldia Municipal Solita - Caquetá
Telefono:320 4154240

ESMERALDA PEÑA

Ama de Casa
Solita - Caquetá
Telefono:313 4660745

YANETH FULA BRAVO

Empleada Publica- Rama judicial
Solita - Caquetá
Telefono 3142272271

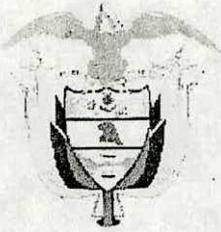
SOBEIDA ARANGO BOHORQUEZ

C.C.36.304.264 de Neiva - Huila

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

En su nombre



El Centro de Adultos Colegio Básico Berlín

Licencia de funcionamiento No 000758 del 19 de diciembre de 2003
Acreditación No. 000484 de 2008,
Dane 418860200903.
Valparaíso Caquetá

Confiere A

SOBEIDA ARANGO BOHORQUEZ

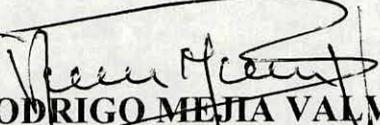
CC 36.304.264 de Neiva

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al ciclo VI de Educación Media Académica, según los planes y programas establecidos en el proyecto educativo institucional de conformidad con la Ley 115/94, el artículo 11 del Decreto 1860/1994 y el Decreto 3011/97. Es fiel copia tomada del libro de registro de graduados el 05 de diciembre de 2008

Dado en Valparaíso Caquetá, a los 05 días del mes de diciembre de 2008.


RODRIGO MEJIA VALVERDE
C.C. No. 17.641.065 de Florencia
Rector


YAMITH MARTINEZ RAMIREZ
C.C. No. 6.801.764 de Florencia
Secretario

Según el artículo 11 del decreto 2150 del 05 de diciembre de 1995, este documento no requiere sellos.

CENTRO DE ADULTOS COLEGIO BÁSICO BERLÍN

Licencia de funcionamiento No 000758 del 19 de diciembre de 2003
Acreditación No. 000484 ue 2008

Dane 418860200903.

Valparaíso Caquetá

Acta de grado

En el Municipio de Valparaíso Caquetá, a los cinco días del mes de diciembre del año 2008, nos reunimos el rector y el secretario de la institución, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, del CENTRO DE ADULTOS COLEGIO BASICO BERLIN.

Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación media académica y autorizado por la secretaria de educación departamental para otorgar el título de bachiller académico según resolución.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media académica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyo nombre, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación.

ARANGO BOHORQUEZ SOBEIDA

CC 36.304.264 de Neiva

Es fiel copia tomada del Acta General No. 05 de fecha 05 de diciembre de 2008 que consta de 30 alumnos que comienzan con los apellidos de **APRAEZ OME** y se cierra con los apellidos de **ZAPATA CERQUERA**

Dada en Valparaíso Caquetá, a los 05 días del mes de diciembre de 2008.


RODRIGO MEJIA VALVERDE

C.C. No. 17.641.065 de Florencia

Rector


YAMITH MARTINEZ RAMIREZ

C.C. No. 6.801.764 de Florencia

Secretario

Según el artículo 11 del decreto 2150 del 05 de diciembre de 1995, este documento no requiere sellos.



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 Arango Bohorquez		Nombre(s) del aspirante Sobeida	
Fecha de nacimiento D M A 06 05 1975	Lugar de nacimiento Valparaíso		
Dirección domicilio / Barrio Cra. 3 # 6-24 Bl Jordan		Ciudad Solita - Cauquetó	
Teléfono	N°. Celular 3143676719		
Correo electrónico Sobeidabohorquez@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Bachiller		(*) Estado civil Casada	Años de experiencia laboral Tres (3) años



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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 36.304.264	(**) Libreta militar No. _____	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Neiva	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

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Incinerados del Hoila SAS	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Auxiliar Servicio Generales
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? por Municipal	
¿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 checked="" type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

02919355



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Ariol morcia Parado		Profesión, ocupación u oficio Comerciante		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		No. de personas que dependen económicamente de usted <input type="checkbox"/>		Parentesco	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Nombre(s) hermano(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)					

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD	
Primaria						
Bachillerato						
Académico <input 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? 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"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>	
			Nocturno <input type="checkbox"/>	A distancia <input type="checkbox"/>		
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)						
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.	
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Escucha		Lectura		Escritura	
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R	B	MB	R	B
	2.	R	B	MB	R	B
		R	B	MB	R	B
		R	B	MB	R	B

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 INCIBUIDA		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Operaria de servicio general		Área del cargo		Fecha Ingreso D 2 M 11 A 2025		Fecha Retiro D 15 M 09 A 2025	
Funciones realizadas				Sueldo Inicial \$ 400.000		Sueldo Final \$ 400.000	
Nombre de su jefe inmediato Darli Gomez				Cargo JEFE			
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							

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	A
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							

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	A
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	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

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



Marque con una X

<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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p><i>minerva</i></p> <p><i>Sobredu de 1180</i></p> <p><i>C.C. 36304264</i></p>
--	--	---