



Fecha	Empleo o cargo al que aspira
D 27 M 12 A 2023	OFICIOS VARIOS

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante MENDOZA RODRIGUEZ		Nombre(s) del aspirante LUIS FERNANDO	
Fecha de nacimiento D 1 M 06 A 1967	Lugar de nacimiento PUERTO BERRIO (Ant.)		
Dirección domicilio / Barrio call 129 SUR #56-61		Ciudad Caldas "Ant"	
Teléfono 6044083562	N°. Celular 3011480129 - 3137985520		
Correo electrónico Pink_aleja_21@hotmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Oficios varios mantenim. DOCUMENTACIÓN		(*) Estado civil Unión libre	Años de experiencia laboral 30 años
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 71185721		(**) Libreta militar No. 166014	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Pto-Berrio (Ant)		Distrito No. 24	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono 6044083562
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 4 años
¿Por qué conceptos? Servicios, Alimentación	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 700.000		¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ mínimo
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Caminar		
¿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)?			

10713130



IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) ANGELA M^o MORALES VELEZ		Profesión, ocupación u oficio AMA DE CASA		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección Call 129 SUR # 56-61		Teléfono 6044083562	
Ciudad CAJONAS ANT.		No. de personas que dependen económicamente de usted 1		Parentesco ESPOSA.	
Edades 58		Nombre(s) padre(s) LUIS EDUARDO MENDOZA		Profesión, ocupación u oficio FALLECIDO	
Teléfono(s)		Nombre(s) padre(s) M^o FABIOLA RODRIGUEZ		Profesión, ocupación u oficio FALLECIDO	
Nombre(s) hermano(s) NANCY MENDOZA RODRIGUEZ		Profesión, ocupación u oficio AMA DE CASA		Teléfono(s) 3148658416	
Nombre(s) hermano(s) LILIANA MENDOZA RODRIGUEZ		Profesión, ocupación u oficio AMA DE CASA		Teléfono(s) 3155866482	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	5		ESC. RURAL	Escuela Rural Cajonales	Pto BARRIO
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	6			" " " " " "	Pto BARRIO
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	11^o			INSTITUTO FERZINI	Medellin.
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución				Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/> A distancia <input type="checkbox"/>
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Buena (61 a 80%) MB-Muy Buena (81 a 100%)					
Sistemas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	Escritura		Habla	
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

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 FIBRES LTDA.		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Funciones realizadas		Sueldo Inicial		Sueldo Final			
Nombre de su jefe inmediato		Código		Código		Código	
Logros obtenidos		Código		Código		Código	
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	
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			
Motivo del retiro EMPRESA LIQUIDADA							

Nombre de la empresa INDUSTRIA MEDICA ORSAN		Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s) 2851400	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO		Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial \$ MINIMO	Sueldo Final \$ MINIMO	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato LOIS GABRIEL CARANO				Cargo OPERARIO			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/> 72 MESES		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		Motivo del retiro			

Nombre de la empresa ECOLIMPERA		Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted OPERARIO		Área del cargo	Fecha Ingreso D M A 10 07 23	Fecha Retiro D M A 23 12 23	Sueldo Inicial \$ MINIMO	Sueldo Final \$ MINIMO	
Funciones realizadas OPERARIO DE MANTENIMIENTO.							
Nombre de su jefe inmediato LOIS CARLOS CANO				Cargo AUXILIAR DE ADMINISTRACION			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>	
Horario de trabajo: Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>		Motivo del retiro			

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre JAIRO OCAMPO POLCAIN	Ocupación CONDUCTOR	Dirección CALL 129 SUR # 56-61	Teléfono 3242951060
2.	Nombre CARLOS DIEGO MORALES	Ocupación OPERARIO	Dirección MANABAY.	Teléfono 3103694851

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

1.	Nombre ANGELA M^o MORALES VELAZ	Ocupación AMA DE CASA	Dirección CALL 129 SUR # 56-61	Teléfono 3168958225
2.	Nombre MARITZA MENDOZA	Ocupación AMA DE CASA	Dirección CALL 129 SUR # 56-61	Teléfono 301480129

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. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	<p>Firma del solicitante</p> <p><i>Lois Carano</i> C.C. 71185-721</p>
--	--	---

VIII. NOTAS ADICIONALES

Handwritten notes on lined paper, including:

- Top right: *13/05/2013*
- Top center: *13/05/2013*
- Top left: *13/05/2013*
- Middle right: *13/05/2013*
- Middle left: *13/05/2013*
- Bottom left: *13/05/2013*
- Bottom right: *13/05/2013*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **71.185.721**
MENDOZA RODRIGUEZ

APELLIDOS
LUIS FERNANDO

NOMBRES

Luis Fernando MR

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1967**
PUERTO BERRIO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-AGO-1985 PUERTO BERRIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0107000-01019738-M-0071185721-20180705 0061819501A 1 9904794000

ESTADO CIVIL



*La República de Colombia
y en su nombre el*

*Instituto "Ferrini"
Medellin - Antioquia*

*Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional
Según Resolución No. 005705 del 29 de Mayo de 1986*

Confiere a:

Luis Fernando Mendoza Rodriguez

Identificado (a) con C.C. 71.185.721 de Puerto Berrio

El Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios
correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional
según los planes y Programas vigentes.*

Anotado al Folio Nro. 072

Libro de Registro No. 98



*INSTITUTO
FERRINI
RECTOR*

Rector (a)

*INSTITUTO
FERRINI
SECRETARIA*


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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	71185721
NOMBRES	LUIS FERNANDO
APELLIDOS	MENDOZA RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	CALDAS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	16/07/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/27/2023 14:12:54 | Estación de origen: 192.168.70.220

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

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



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO MENDOZA RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **71.185.721**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 27 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud



MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Luis Fernando

Apellidos:

Hendona Rodriguez

Documento de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 11.185.721

Fecha de nacimiento:

Día 01 Mes 06 Año 1967

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24.05.2021	Pfizer	FA5843	Comfama Cúcuta	Ledy Rivera	1033340748
	2	21.06.21	Pfizer	EY0586	Comfama	Silvia Lopez	43509475
		9/07/21	Pfizer	210961	Comfama	Mireya Ortiz	Comfama