

HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.



www.formasminerva.com

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

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Sevilla Trujillo		Nombre(s) del aspirante Angelica Beatriz	
Lugar y fecha de nacimiento Florencia caqueta			
Dirección domicilio / Barrio M26 casa 276a Esmelda		Ciudad Florencia	
Teléfono		No. Celular 3222752069	
Correo electrónico angelicasevilla663@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Servicio generales		(*) Estado civil Union libre	Años de experiencia laboral 2 años y medio



DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1007097188	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Ibague Tolima	Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° Categoría

II. INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida? Florencia	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado? Ibague Tolima	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Wilson	Teléfono 3215136686	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? 4 años
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	
¿Por qué conceptos?	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$		
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			

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

Ser responsable y dar lo mejor de mí

2820254-3



III. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Jose Heider Montiel		Profesión, ocupación u oficio Guarda de Seguridad		Empresa donde trabaja Televigilancia	
Cargo actual Vigilante		Dirección MZ 6 casa 27 Esmeralda		Teléfono 3152336771	
Ciudad Florencia		N° de personas que dependen económicamente del solicitante 3		Parentesco Hijos	
Edades 5, 15, 17		Nombre(s) padre(s) Jorge Alberto Sevilla		Profesión, ocupación u oficio maestro construcción	
Teléfono(s) 3104960533		Nombre(s) padre(s) Ana Beatriz Sevilla		Profesión, ocupación u oficio Fallecida	
Nombre(s) hermano(s) Jorge Sevilla		Profesión, ocupación u oficio Vigilante		Teléfono(s) 3202864526	
Nombre(s) hermano(s) Marly Sevilla		Profesión, ocupación u oficio Farmacéutica		Teléfono(s) 3202360496	

IV. EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2003	5	Primario	La Consolata	Florencia
Bachillerato Clásico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	2009	11	Secundaria	Colegio Berlin	Valparaíso
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, Otros: seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Si <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, B - Bien, MB - Muy Bien					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Programa(s) que maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.		Lectura	Escritura	Hablado
¿Qué idioma(s) conoce?	2.		R <input checked="" type="checkbox"/> MB <input checked="" type="checkbox"/>	R <input checked="" type="checkbox"/> MB <input checked="" type="checkbox"/>	R <input checked="" type="checkbox"/> MB <input checked="" type="checkbox"/>
		R B MB		R B MB	R B MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

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

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

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

VI . EXPERIENCIA LABORAL

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

Nombre de la última o actual empresa Incinerado del huila SASESP		Dirección calle 21 N= 11a-38		Teléfono(s) 4346792	
Nombre de su jefe inmediato Derly Gomez		Cargo Auxiliar Servicio generales		Fecha de ingreso D 07 M 05 A 2021	
Fecha de retiro D 15 M 09 A 2023		Total tiempo servido 2 años medio		Sueldo inicial \$	
Sueldo final o actual \$		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Servicio generales			
Funciones realizadas Barrer, trapear, limpiar polvo, lavar loza					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminacion contrato					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Brasos Florencia		Dirección Calle 16 N= 12-10		Teléfono(s) 4358043	
Nombre de su jefe inmediato Diana Valencia		Cargo oficio varios		Fecha de ingreso D 01 M 07 A 2010	
Fecha de retiro D 31 M 01 A 2021		Total tiempo servido 11 años		Sueldo inicial \$ 515000	
Sueldo final \$ 1.014.000		Cargo(s) desempeñado(s) por usted oficio varios			
Funciones realizadas Servicio al Cliente, Cajera, Auxiliar cocina					
Logros obtenidos					
Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>					
Horario de trabajo: Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Terminacion contrato					

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato		Cargo		Fecha de ingreso	
Fecha de retiro		Total tiempo servido		Sueldo inicial	
Sueldo final		Cargo(s) desempeñado(s) por usted			
Funciones realizadas					
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					

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

¿Entidad promotora de salud (EPS)? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Fondo de pensiones? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Fondo de cesantías? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cuál? Sanita	¿Cuál? porvenir	¿Cuál? porvenir
Fecha de afiliación: 01-02-22 Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>	Fecha de afiliación:	Fecha de afiliación:



Si desea diligenciar este formato en computador, baje GRATIS en www.formasminerva.com el aplicativo, e imprímalo desprendiendo las hojas por esta perforación



VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.-	Nombre Reinaldo Sarmiento	Ocupación Pensionado	Dirección Ciudadela	Teléfono 3213713580
2.-	Nombre Deicy Montiel	Ocupación Ama casa	Dirección La Esmeralda	Teléfono 3115532079
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
3.-	Nombre Maricel Sevilla	Ocupación Salud ocupacional	Dirección Villa del Rey	Teléfono 3174243588

Verificación (Espacio exclusivo para el empleador)

1.-	
2.-	
3.-	

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



Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su Hoja de Vida en:
ALIADO LABORAL
www.aliadolaboral.com

Nota importante

Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Angelica Sevilla
C.C. **1007097188**

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

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

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

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

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador			
Segundo entrevistador			
Candidato seleccionado definitivamente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Contrátese a partir del
Candidato elegible próximamente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cargo
		Sueldo	
		Tipo de contrato	
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación



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 1007097188
Nombre: ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO
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 03:42:20 p.m.

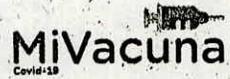


www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud



Certificado de vacunación

Nombres: Angelica Beatriz
Apellidos: Sevilla Trojillo
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1.007.097.188
Fecha de nacimiento: Día 29 Mes 06 Año 1990

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	2 R	09/09/22	Moderna	OBAMZ1A	Sinergia	Karen Vidal	1006507066
	2						

**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:

ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.097.188**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,



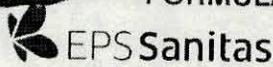
Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

00 | 00 | 00 | 00 | 00 | 00



175083238

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

I. DATOS DEL TRÁMITE	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación Cotizante o Cabeza de Familia / B. Colectiva D. De Oficio A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional
3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> 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		7. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido <i>Sevilla</i>	Segundo Apellido <i>Trujillo</i>	Primer Nombre <i>Angelica</i>	Segundo Nombre <i>Beatriz</i>
8. Número del documento de identidad <i>1007097788</i>		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	10. Fecha de nacimiento 00 00 00 00 00 00
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC <i>1'760.000</i>	
18. Residencia Dirección <i>Manzana 6 casa 27</i>			Teléfono Fijo
Teléfono Celular <i>3222752069</i>	Correo Electrónico <i>Angelicasevilla@gmail.com</i>		
Municipio / Distrito <i>Florencia</i>	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento <i>Caquetá</i>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento 00 00 00 00 00 00

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	00 00 00 00 00 00	
B2		Femenino Masculino	00 00 00 00 00 00	
B3		Femenino Masculino	00 00 00 00 00 00	
B4		Femenino Masculino	00 00 00 00 00 00	
B5		Femenino Masculino	00 00 00 00 00 00	

30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
	Tipo Condición	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular
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	

KIPDATA

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 Sasege sas	36. Tipo documento de identificación NIT <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>	37. Número del documento de identificación 900322373	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección			Teléfono Fijo
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CN <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	DD MM AAAA
			42. Fecha 27/09/2023

43. EPS anterior Sanitas	44. Motivo de traslado 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 Angelica Sevilla	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio <i>[Firma]</i>
---	---

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL
56. Anexo copia del documento de identidad.									
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.									
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.									
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.									
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.									
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.									
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.									
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.									
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.									
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.									

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
POR LA EPS
Recibido por *[Firma]*
Fecha **25-09-2023**

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
				DD MM AAAA	DD MM AAAA
70. Datos del funcionario que realiza la validación			Segundo Nombre		
Tipo de documento		Número de documento de identidad		71. Firma del Funcionario	
				<i>[Firma]</i>	

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

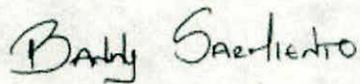
CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1007097188
NOMBRES Y APELLIDOS	Sevilla Trujillo, Angelica Beatriz
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Sevilla Trujillo, Angelica Beatriz, 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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:52:17 AM horas del 28/08/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1007097188**

Apellidos y Nombres: **SEVILLA TRUJILLO ANGELICA BEATRIZ**

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)

FLORENCIA, 27 SEPTIEMBRE 2023

REFERENCIA PERSONAL

Yo **MARIA NELLY GOMEZ** identificado con cedula No. 40.783.178 de Florencia, por el documento hago constar que conozco al señor **ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.007.097.188 de Florencia, desde hace 4 años, tiempo en el cual confirmo sus cualidades de responsabilidad, disciplina, liderazgo, honestidad e ingenio en los diferentes aspectos de la vida.

Atentamente,



MARIA NELLY GOMEZ
CC 40.783.178
Celular: 3123122132

Florencia Caqueta, 18 de Septiembre de 2023



VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA -
CAQUETA

CAQ-GDPQR - No. 20230030039042

Fecha Radicado: 2023-09-18 08:28:07

Anexos: 2 FOLIOS.

SEÑORES
Fiscal - Seccional Local
FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN
Florencia Caquetá

Asunto: SOLICITUD DOCUMENTO DE ANTECEDENTES DE FISCALIA

Cordial saludo,

Yo, **ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO**, identificada con cedula de ciudadanía No 1.007.097.188 expedida en Ibagué, me dirijo a ustedes de manera respetuosa con el fin de solicitar el documento donde acredite que no tengo antecedentes con la fiscalía, por motivos personales.

De antemano agradezco su atención y en espera de su colaboración.

Atentamente,

Angelica Sevilla
ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO
C.C. 1.007.097.188 expedida en Ibagué
Cel. 322 275 2069
Correo. angelicasevilla663@gmail.com

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 230129199



PIB
08:53:36
Hoja 1 de 01

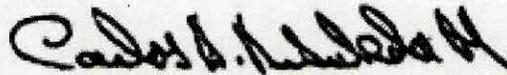
Bogotá DC, 28 de agosto del 2023

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) ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007097188:

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.

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 lunes 28 de agosto de 2023, a las 08:58:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007097188
Código de Verificación	1007097188230828085803

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



Florencia, 02 de Febrero del 2021

BRASAS FLORENCIA
NIT: 40613987-0

CERTIFICA

Que la señora **Angélica Beatriz Sevilla Trujillo**, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1007 097188 de Ibagué, laboro en esta empresa durante 10 años y 6 meses desde el 01 de julio de 2010 hasta el 31 enero de 2021 ejerciendo los oficios varios.

Realizando las siguientes funciones:

Meseras, Auxiliar de Cocina, Cajera, hornera, Auxiliar de Bodega.

La presente solicitud se expide a solicitud del interesado, el 02 de Febrero del 2021 en la ciudad de Florencia – Caquetá.

Cordialmente.

Diana Valencia
Diana Carolina Valencia
GERENTE
Cc: 40613987



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

Nit. 813005241-0

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



Copyright 2023

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

CERTIFICA QUE:

La señora **ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO**, identificada con cédula de ciudadanía N° **1.007.097.188** expedida en **Ibagué - Tolima** laboró con la empresa **INCINERADOS DEL HUILA - INCIHUILA S.A.S. E.S.P.** en virtud del **CONTRATO DE TRABAJO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, desempeñando el cargo de **OPERARIA DE SERVICIOS GENERALES** teniendo como fecha de inicio el día **siete (07) 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,

INCI, INCIHUILA S.A.S. E.S.P.
Nit. 813005241-0

CHANEL IVON CARDOSO CARDOZO
Coordinadora Talento Humano (E)

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 - incihuilasa@gmail.com
Agencia Florencia: Calle 21 No. 11a-38 PBX: (098) 4346792 Móvil: 314 237 4788
E-mail: agenciaflorencia@incihuila.com.co; comercial2@incihuila.com.co
Agencia Villavicencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13° Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396
E-mail: agenciavillavicencio@incihuila.com.co Móvil: 3502926772



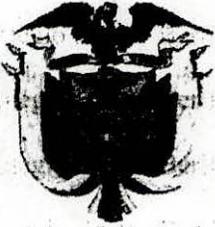
EL CENTRO DE ADULTOS COLEGIO BASICO BERLIN

Licencia de funcionamiento No. 000753 del 19 de Noviembre de 2003

Y acreditada por Resolución No. 000484 del 2008

Dane N. 498860002781

Valparaíso Caquetá



ACTA DE GRADO INDIVIDUAL

En el casco urbano, del Municipio de Valparaíso Caquetá a los veintiocho días del mes de Noviembre del año 2009 nos reunimos, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría del **CENTRO DE ADULTOS COLEGIO BASICO BERLIN**.

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaria de Educación para otorgar el título de Bachiller Académico según Resolución 000484 de Noviembre de 2008.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación media Vocacional, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILER ACADEMICO** al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a

PERSONA INTEGRAL - CIENCIA Y TECNOLOGÍA DEPUENTE

ANGELICA BELEN SANCHEZ SANCHEZ TRUJILLO

Identificado (a) con el número 097.188 de la ciudad de Tolima

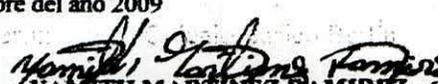
Es fiel copia tomada del acta general de graduación No. 006 con fecha de Noviembre 28 del 2009, que consta de 60 alumnos que comienzan con los apellidos:

Firmado por ISBELIA MONTERO MURILLO (Rectora)

YAMITH MARTINEZ RAMIREZ (Secretario)

Dado en Valparaíso Caquetá a los 28 días del mes de Noviembre del año 2009


ISBELIA MONTERO MURILLO
C.C. 30.307.265 de Florencia Caquetá
Rectora


YAMITH MARTINEZ RAMIREZ
C.C. 6.801.764 de Florencia Caquetá
Secretario

Dado en Valparaíso Caquetá, a los 28 días del mes de Noviembre del año 2009



ALCALDÍA DE FLORENCIA
 SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
 PROGRAMA DE CALIDAD E INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS



Consecutivo
0386

CERTIFICA:
 ANGELICA BEATRIZ SEVILLA TRUJILLO
 C.C: 1.007.097.188

Asistió a la Capacitación
 MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
 CON UNA INTENSIDAD DE 2 HORAS
 como apoyo a los planes de capacitación permanentes y continuos

Temas abordados: como construir un plan de saneamiento basico y para que sirve de acuerdo a la Resolución 2674 de 2013
 Nota: Este documento se entrega como refuerzo a los planes de capacitación continuos y permanentes propios de cada establecimiento y no reúne la totalidad de los requisitos del artículo 12 y 13 de la resolución 2674 de 2013.

Orientado por: Ginna Marcela Zuñiga Barón, Ingeniera de Alimentos
 Dado en Florencia, Caquetá a los 23 días del mes de mayo de 2023

GLADYS CAICEDO TRASLAVIÑA
 Secretaria de Salud Municipal

Revisó y Proyectó	Ginna Marcela Zuñiga Barón	Cargo	Ingeniera de Alimentos	Firma	
-------------------	----------------------------	-------	------------------------	-------	--

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.007.097.188**

SEVILLA TRUJILLO

APELLIDOS
ANGELICA BEATRIZ

NOMBRES
Angelica B Sevilla



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUN-1990**

FLORENCIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-JUL-2008 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2900100-00154437-F-1007097188-20090417 0010718947A 1 32193254

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL