



7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE forma **minerva** 10-00

1

Ciudad EL PAUJIL CAQUETA	Fecha D 20 M 09 A 2023	Empleo o cargo solicitado AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	Código cargo
------------------------------------	-------------------------------	---	--------------

(**) Respuesta opcional Art. 111 decreto 2150 de 1995 **I. DATOS PERSONALES** (*) Respuesta opcional Ley 18 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido URBINA	Segundo apellido ZAMBRANO	Nombres NORALBA		
Profesión, ocupación u oficio AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES		Años de experiencia laboral	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$	
Lugar de nacimiento EL PAUJIL CAQUETA	(*) Fecha de nacimiento D 26 M 10 A 1973	(*) Estado civil CASADA 49		
Dirección domicilio CASALOTE No. 86	Barrio NUEVO PAUJIL	Teléfono 3228273414		
Cédula de ciudadanía: N° 40.621.142	(**) Libreta militar N°			
Expedida en: CURILLO	Distrito N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Licencia de conducción	¿Vivienda propia? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
¿Está trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato	
		Independiente <input type="checkbox"/>		

II. EDUCACION Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento ESCUELA EL RECREO	Ciudad EL PAUJIL	Ultimo grado cursado QUINTO	Fecha
Bachillerato	Establecimiento	Ciudad	Ultimo grado cursado	Fecha
Educación Superior	Establecimiento	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad		Tipo de formación Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	
¿Qué estudios realiza actualmente?				Horario:

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)

Nombre de la última o actual empresa SERVI LIMPIEZA	Dirección	Teléfono(s) 3172592324	
Nombre de su jefe inmediato FABIAN GUZMAN	Cargo(s) desempeñado(s) por usted SERVICIOS GENERALES		
Funciones realizadas ASEO GENERAL			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial \$	Sueldo final o actual \$
Motivo del retiro NUEVAS ALTERNATIVAS			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			
Nombre de la empresa	Dirección	Teléfono(s)	
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted		
Funciones realizadas			
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial \$	Sueldo final \$
Motivo del retiro			
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)			

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	Textiles y Confecciones	<input type="checkbox"/>	Metalurgia	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>
GANADERIA / AVICULTURA	<input type="checkbox"/>	Cuero y Calzado	<input type="checkbox"/>	Maquinaria	<input type="checkbox"/>	HOTELES Y RESTAURANTES	<input type="checkbox"/>	EDUCACION	<input type="checkbox"/>
MINERIA	<input type="checkbox"/>	Papel y Cartón	<input type="checkbox"/>	Automotores	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	SEGUROS	<input type="checkbox"/>
PETROLEO / GASOLINA	<input type="checkbox"/>	Editorial y Artes Gráficas	<input type="checkbox"/>	Muebles	<input type="checkbox"/>	BODEGAJE	<input type="checkbox"/>	VIGILANCIA	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	Químico y Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	Reciclaje	<input type="checkbox"/>	COMUNICACIONES	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input checked="" type="checkbox"/>
Alimentos y Bebidas	<input type="checkbox"/>	Caucho y Plástico	<input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	<input type="checkbox"/>	FINCA RAIZ	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Vidrio, Cerámica y Cemento	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCION	<input type="checkbox"/>	INFORMATICO	<input type="checkbox"/>	servicios generales	<input type="checkbox"/>

V. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) ROQUE ROMERO	Profesión, ocupación u oficio MOTOCARGUERO	Empresa donde trabaja INDEPENDIENTE
Cargo actual CONDUCTOR	Dirección	Teléfono 3214763241
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante <input type="checkbox"/>	Parentesco	Ciudad EL PAUJIL
Nombre(s) padre(s) MESIAS URBINA	Profesión, ocupación u oficio FINCARIO	Edades
LEONOR ZAMBRANO	AMA DE CASA	

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

1.- Nombre JOSE LUIS HERRERA	Ocupación GERENTE BANCO AGRARIO	Dirección EL PAUJIL CAQUETA	Teléfono 3214519560
2.- Nombre ESNEDA OSPINA	Ocupación COMERCIANTE	Dirección EL PAUJIL CAQUETA	Teléfono 3107920572

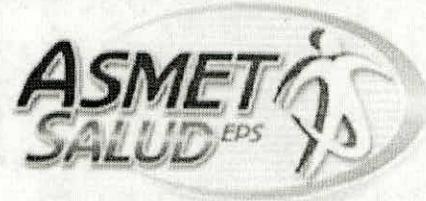
VII. INFORMACION ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio <input checked="" type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/>	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento		
Si tiene parientes en esta empresa menciónelos			

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 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).	Firma del solicitante <i>Novelza Urbina</i> C.C. 40627742
---	--	--

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

Concepto primer entrevistador:			
		V. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Concepto segundo entrevistador:			
		V. Bo. como candidato. Firma	Fecha
Conclusiones			
		Contrátese a partir del	Fecha
Candidato seleccionado definitivamente	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sueldo \$
Candidato elegible próximamente	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo	Tipo de contrato
Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación



...cuida la salud de mi familia!

ASMET SALUD EPS SAS

NIT: 900.935.126

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NORALBA URBINA ZAMBRANO identificado(a) con CC 40621142, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios en Salud PBS, de ASMET SALUD EPS SAS por SOCIETY SERVICES GENERAL S.A.S. NI 900322373 en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
21/sept./2023	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
21/oct./2023	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 26 días del mes de sept. de 2023.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del Interesado

Información sujeta a verificación por parte de ASMET SALUD EPS SAS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000913876 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

VIGILADO Supersalud

www.asmetsalud.org.co

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

Sede Nacional: Cra. 4 No. 18N-46
Teléfono: (57) (2) 8312000
Popayán - Colombia



...cuida la salud de mi familia!

Cordialmente,

ASMET SALUD EPS S.A.S NIT
900935126

VIGILADO Supersalud

www.asmetsalud.org.co

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

Sede Nacional: Cra. 4 No. 18N-46
Teléfono: (57) (2) 8312000
Popayán - Colombia



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3149196355418
Fecha de radicación 25/09/2023

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite		Tipo de afiliación:		Regimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> - Cotizante o Cabeza de familia B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
Tipo de afiliado:		Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		registrar por la EPS <input type="text" value="1"/>	

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
URBINA	ZAMBRANO	NORALBA	
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
CC	40621142	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	26/10/1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Discapacidad	Condición	Puntaje SISBÉN	Grupo de población especial
06 - Otros	Ninguna			
Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones		Ingreso base de cotización IBC	
00-0: Sin ARL	230301: Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir		\$ 1.160.000	
Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante	
CASA LOTE 86		3228273114	noralba142@gmail.com	
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	
EL PAUJIL	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input checked="" type="checkbox"/>		CAQUETÁ	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE SOR TERESA ADELE SEDE PAUJIL - CALLE 5 No. 7-54	801

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

Nombre o Razón social		Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones	
SOCIETY SERVICES GENERAL S.A.S.		NI90032373		
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 88 42 B 1 27		talentohumanobogota.sptc.sosege@mail.com	VALLEDUPAR	CESAR

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de Asmet Salud EPS SAS

ESSC62

Formulario No. 3149196355418
Fecha de radicación 25/09/2023

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo	Fecha de nacimiento
Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones			
21/09/2023						

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- 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
- Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

Noralba Urbina Zambrano
El cotizante, cabeza de familia o beneficiario



El empleador, ~~Asesor~~ responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia de documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC

Cantidad: Total

- Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 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 unión marital
- Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- 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
- Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación
Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario		
Tipo de documento de identificación		Número de identificación				

Observaciones:

Empresa: Asesor: Victoria Chaguendo, Sucursal: Teléfono: Correo Electrónico: victoria.chaguendo@asmetsalud.org.co

Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de Asmet Salud EPS SAS e ingresando el código:

Url: <https://boxaludrc.asmetosalud.org.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx>



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

NUMERO DE RADICACIÓN

FECHA DE RADICACIÓN

2	5	0	9	/	2	0	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 B. Colectiva <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional 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"/>		

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

6. Primer apellido URBINA	Segundo apellido ZAMBRANO	Primer nombre NORALBA
7. Tipo de documento de identidad NA CC		8. Número del documento de identidad 40.621.142
9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 26 Oct 1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia NA	12. Discapacidad Tipo NA Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo Poblacional <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colpatra		16. Administradora de Pensiones <input type="text"/>	17. Ingreso base de cotización - IPS 1.160.000
18. Residencia Dirección: Casa lote 86		Teléfono fijo: 322827314	Teléfono celular: identhumano@eps.com.co
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna	Departamento Cajeta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

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				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		
			Femenino	Masculino	DD	MM	AAAA
B1	NA						
B2	NA						
B3	NA						
B4	NA						
B5	NA						

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad		33. Valor de la UPS del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1 NA	NA	FISICA	NEURO SENSORIAL	MENTAL	
B2 NA	NA				
B3 NA	NA				
B4 NA	NA				
B5 NA	NA				

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPS del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio / Distrito	Zona 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 SOSTEGE SAS	36. Tipo de documento de identificación NA NIT	37. Número del documento de identificación 900322373	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: Cmz 16A No 159-23 304211375		Teléfono: identhumano@eps.com.co	Municipio/Distrito: Bogotá D.C

VIGILADO SuperSalud



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	40621142
NOMBRES	NORALBA
APELLIDOS	URBINA ZAMBRANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	EL PAUJIL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S. -CM	CONTRIBUTIVO	01/04/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 09/25/2023 16:18:09 | 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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

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 martes 19 de septiembre de 2023, a las 10:14:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40621142
Código de Verificación	40621142230919101430

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 PUNTES
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:15:22 AM horas del 19/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 40621142

Apellidos y Nombres: **URBINA ZAMBRANO NORALBA**

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-
ate@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-
ate@policia.gov.co)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 231522746



PIB
10:13:13
Hoja 1 de 01

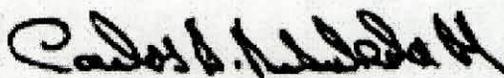
Bogotá DC, 19 de septiembre del 2023

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) NORALBA URBINA ZAMBRANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40621142:

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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.621.142**

URBINA ZAMBRANO

APELLIDOS

NORALBA

NOMBRES

NORALBA URBINA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-OCT-1973**

EL PAUJIL
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

O+

G. S. RH

F

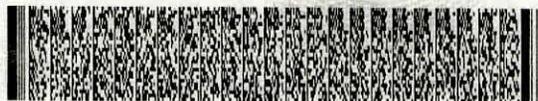
SEXO

20-JUN-1994 CURILLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-4400600-00208281-F-0040621142-20100108

0019806588A 1

29009549