



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha: 05/08/2022 Empleo o cargo al que aspira: CONDUCTOR

I. INFORMACIÓN GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Sanabria Párra		Nombre(s) del aspirante Jaime Ernesto	 FOTOGRAFÍA RECIENTE <small>Tamaño 3 x 4 cm</small>
Fecha de nacimiento 03/06/1962	Lugar de nacimiento Bogotá D.C.		
Dirección domicilio / Barrio Calle 9 N° 7-81 B/BELEN		Ciudad IBAGUE	
Teléfono 2641956	Nº. Celular 3214448054		
Correo electrónico cilmorcha2094@hotmail.com	Nacionalidad Colombiano		
Profesión, ocupación u oficio conductor	(*) Estado civil Unión Libre	Años de experiencia laboral 30 años	
DOCUMENTACIÓN			
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> No. 14'240 439	(**) Libreta militar No. 14'240 439	Primera clase: <input checked="" type="checkbox"/>	
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: <input type="checkbox"/>	
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción No. 14240439	Categoría C1

II. PERFIL LABORAL

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

Me he desempeñado como conductor profesional con muchos años de experiencia dando siempre lo mejor de mí en todo lo que hago; cuidando siempre de las personas que me dejan a cargo dando el mejor trato Siempre.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato Prestación de servicios
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí <input type="checkbox"/> No <input 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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: <input type="checkbox"/> Familiar <input 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 type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual		¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar? ¿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 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 type="checkbox"/>		¿Cuál(es)?	

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposo(a) o compañero(a)		Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cielo Merchán López		Ama de casa	Hogar	
Cargo actual	Dirección		Teléfono	Ciudad
Jefe de Hogar	Calle 9 N° 7-81 Belén		3203602749	Ibagué
No. de personas que dependen económicamente de usted	1	Parentesco	Edades	
		Conyuge	57	
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	1972	5	Basica Primaria San Luis Gonzaga			Ibagué
Bachillerato	<input checked="" type="checkbox"/> Técnico		1994	5	Bachiller Académico Inst. Avancemos	Ibagué
Académico						
Comercial	<input type="checkbox"/> Otro					
Educación Superior	<input checked="" type="checkbox"/> Técnico		2011	2	Técnico Refrigeración SENA	Ibagué
	<input type="checkbox"/> Tecnológico					
	<input type="checkbox"/> Profesional					
Posgrados						
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa			Institución	
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?			Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
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-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)						
Sistemas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.		R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> 3.	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	
¿Qué programas maneja?		2.		R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/> 4.	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	
Idiomas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1.		Escucha R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Lectura R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	Escritura R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
¿Qué idioma(s) conoce?		2.		R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB	R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.						

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa ESTURIVANS	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor	Área del cargo	Fecha Ingreso 25/04/22	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial 900.000 \$	Sueldo Final	
Funciones realizadas Conductor: servicios de transporte al personal de apoyo al ICBP.						
Nombre de su jefe inmediato	Cargo		Conductor			
Logros obtenidos						
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?	
		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 TRANSUNICORNIO	Actividad Económica	Dirección				Teléfono(s)		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor	Área del cargo transporte	Fecha Ingreso 19/11/17	Fecha Retiro 02/02/19	Sueldo Inicial \$15MLV	Sueldo Final \$15MLV			
Funciones realizadas Conductor de transporte escolar y turismo de la ciudad de Ibagué								
Nombre de su jefe inmediato Manuel Alfonso Varela	Cargo	propietario - VANS						
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 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 checked="" type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>								
Motivo del retiro								

Nombre de la empresa Expreso Ibagué transporte B/casa club.	Actividad Económica	Dirección				Teléfono(s) 2641636		
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor - Buseta urbana transporte	Área del cargo 03/02/99	Fecha Ingreso 10/10/10	Fecha Retiro 10/10/10	Sueldo Inicial \$15MLV	Sueldo Final \$15MLV			
Funciones realizadas Cumplir con las Rutas urbanas programadas en las 18 horas de trabajo diario.								
Nombre de su jefe inmediato Juan Camilo	Cargo	Gerente						
Logros obtenidos								
Tipo de contrato: Indefinido <input checked="" 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 16 Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>								
Motivo del retiro Me puse en pensione								

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1. Nombre Nohora Merchán	Ocupación Docente	Dirección calle 33 # 3A26	Teléfono 3124498091
2. Nombre Vanessa Rojas	Ocupación psicologa	Dirección Madrid-Cundinamarca	Teléfono 3194585784
Nombre de un familiar que podemos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1. Nombre Hernan Sanabria	Ocupación Agronomo	Dirección calle 9 N° 7-81 Belen	Teléfono 3166687488
2. Nombre Nancy Sanabria	Ocupación pensionada	Dirección calle 9 N° 7-75 Belen	Teléfono 3163355840 X 3186680234

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



Marque con una X

Nota Importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir 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

C.C.

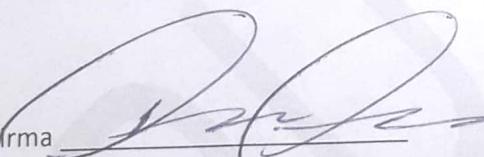
 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	F4.P5.ABS	14/11/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) Jaime Ernesto Sanabria Parra identificado(a) con C.C./C.E./ P.P No. 14 240 439. expedida en Ibagué autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ibagué, el día veinticuatro (24) de Mayo

de 2022.

Firma 

Nombre Jaime Ernesto Sanabria Parra

Cedula 14 240 439.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA



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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	14240439
NOMBRES	JAIME ERNESTO
APELLIDOS	SANABRIA PARRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión: 08/04/2022 17:29:27 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

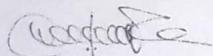


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIME ERNESTO SANABRIA PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **14240439**, se encuentra afiliado/a desde **23/07/1987** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de agosto de 2022.



Blanca Nubia Ramírez Aldana
Dirección de Afiliaciones

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:48:07 PM horas del 04/08/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 14240439

Apellidos y Nombres: **SANABRIA PARRA JAIME ERNESTO**

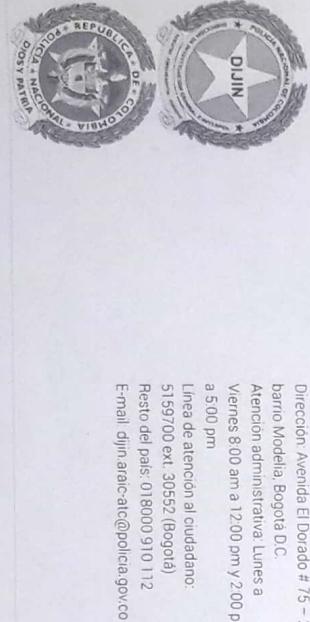
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

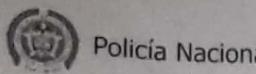
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya 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 tel/pals: 018000 910 112
E-mail: dijin.aracataca@policia.gov.co



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/08/2022 01:49:56 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **14240439** y Nombre: **JAIME ERNESTO SANABRIA PARRA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **38614678** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda

 Imprimir

Información

5159000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



www.policia.gov.co



**LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO**

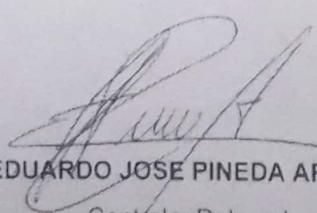
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 04 de agosto de 2022, a las 12:47:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	14240439
Código de Verificación	14240439220804124731

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.



EDUARDO JOSÉ PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 202199097



WEB
12:46:38
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 04 de agosto del 2022

La PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JAIME ERNESTO SANABRIA PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 14240439:

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 Relacionamiento 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.

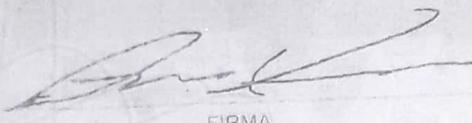
División de Relacionamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **14.240.439**
SANABRIA PARRA

APELLIDOS
JAIME ERNESTO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1962**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO



1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-SEP-1980 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2900100-00551342-M-0014240439-20140303

0037512313A 1

6382777868



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 14240439

NOMBRE

JAIME ERNESTO SANABRIA PARRA

FECHA DE NACIMIENTO

03-06-1962

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

28-08-2021

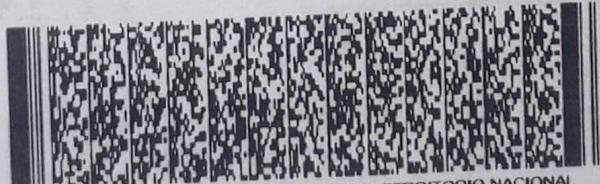
RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

STRIA MCPAL TTOYTTE IBAGUE

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	28-08-2027	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	28-08-2024	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

▲ 60947.0 027 04/20

LC03004134922



INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

Tel. 800+1-0443339 E-mail: correo@inprosalud.com.co
www.inprosalud.com.co



N° 14.048

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

18
DÍA
05
MES
2022
AÑO

IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)

Ciudad

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL

EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021

UNION TEMPORAL ICBF SOCIAL 2021

Nombre de la empresa

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

SANABRIA PARRA JAIMEN ERNESTO

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	59 AÑOS 11 MESES 14 DIAS	CC	14240439
		Tipo	Número

Apellidos y Nombres

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD CORREGIBLE QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR

Observaciones: CEGUERA DE OJO DERECHO MODERADA ASIGNADA

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

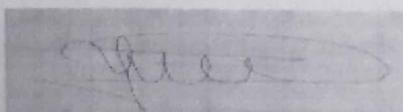
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : POR PATOLOGIA OCULAR E HIPOTIROIDISMO VALORACION POR EPS : CONTROL DE PESO Y OBESIDAD, VALORACION POR NUTRICION	USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO BAJAR DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

INDUCCION AL CARGO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA

R. M.: 3566/2005

L.S.O.: 1004/2019



Código de Seguridad

P820V1B14048

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANABRIA PARRA JAIMEN ERNESTO

Código de Seguridad

CC: 14240439

