



ant +
Pico +

Emo 10/02

 PROING-SA	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		CÓDIGO:	HF-017		
	EVALUACIÓN ENTREVISTA TECNICA		REVISIÓN:	2		
			FECHA REVISIÓN:	02/NOV/2021		
NOMBRE DEL CANDIDATO <u>Marcelo Pineda Rodriguez</u> No DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1074037616</u> PROGRAMA / AREA <u>Conductor 590</u> CARGO AL QUE ASPIRA <u>Conductor</u> UBICACIÓN GEOGRAFICA <u>Calle 151 # 1114-84</u>						
Evalúe los siguientes aspectos de acuerdo con la escala que aparece a continuación y haga un breve comentario (Observación) al respecto						
REQUISITOS LEGALES	SI	NO	N/A	MAX CAT	OBSERVACIÓN	
TARJETA CONTE		<input checked="" type="checkbox"/>				
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL		<input checked="" type="checkbox"/>		LIC N° N. Remision	Fecha de Expiracion DD MM AA	
CERTIFICADO DE TSA		<input checked="" type="checkbox"/>		NIVEL		
CERTIFICADO DE GRUA		<input checked="" type="checkbox"/>		CATEGORIA Fecha de Expiracion	DD MM AA	
LICENCIA DE CONDUCCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>			CATEGORIA C2	Fecha de Expiracion DD MM AA	
CERTIFICADO DE MONTACARGA		<input checked="" type="checkbox"/>		CATEGORIA Fecha de Expiracion	DD MM AA	
TARJETA PROFESIONAL		<input checked="" type="checkbox"/>		TP N°		
CERTIFICACION ESPECIAL		<input checked="" type="checkbox"/>		TIPO Cual		
COMPETENCIAS	SI	NO	N/A	OBSERVACIÓN		
CONOCIMIENTO RETIE						
CONOCIMIENTO NTC 2050						
CONOCIMIENTO 5 REGLAS DE ORO						
CONOCIMIENTO DE HERRAMIENTAS Y MATERIALES	<input checked="" type="checkbox"/>					
CONOCIMIENTO EPP	<input checked="" type="checkbox"/>			Botas, guantes, casco, transito, por ligeros permisos		
CONOCIMIENTO VIAL	<input checked="" type="checkbox"/>			Curso 6 horas seguridad vial.		
CONOCIMIENTO LEGISLACIÓN S.O						

ESTUDIO DE CASOS	
Estamos trabajando en el sector industrial, se presenta una falla por una mala maniobra de su personal ocasionado un arco eléctrico en una de las celdas y el servicio de energía de la empresa queda por fuera, USTED QUE HARIA ?	N/A
Según el caso anterior, enumere las posibles fallas de control que se presentaron en ese evento.	N/A
En caso de que un cliente requiera un trabajo para el fin de semana y lo notifique con un día de anticipación y no tenga materiales en stock USTED COMO LO SOLUCIONARIA ?	N/A
Su personal es trasladado en un vehículo suministrado por la empresa y en el trayecto sufren un accidente, USTED COMO ACTUARIA ?	N/A
En caso de un accidente laboral y/o automovilístico usted que haría ?	N/A
Cuando se presenta un cortocircuito en un sistema eléctrico cual o cuales considera usted que sean las causas ?	N/A
OBSERVACIONES ENTREVISTA y/o CALIFICACION ESTANDARIZADA	
<p>No poseo experiencia ni permisos en autorizados de trabajo.</p> <p>Experiencia en Construcción de obras, 6.5 toneladas.</p> <p>Anteriormente a realizar cursos y permisos de trabajo.</p> <p>Cursos sobre límites de trabajo.</p> <p>Cursos sobre seguridad prevencional.</p> <p>Aplaz p/ Construcción de obras críticas y/o electrificadas</p>	
EVALUACIÓN	
CANDIDATO APTO PARA EL CARGO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CANDIDATO APTO PARA OTRO CARGO	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
CIUDAD Y FECHA DE ENTREVISTA	Bogotá DC, 08 febrero 2013
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	Hector Delgado
CARGO DEL ENTREVISTADOR	Coord. Técnico
FIRMA DEL ENTREVISTADOR	



HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

www.formasminerva.com

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha D M A	Empleo o cargo al que aspira Conductor
----------------	--

I. INFORMACION GENERAL

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

Apellido(s) del aspirante Rinla Rodriguez		Nombre(s) del aspirante Riquelme	
Fecha de Nacimiento D M A	Lugar de Nacimiento		
19 11 1987	San Juan de Rioseco (Cundi)		
Dirección domicilio / Barrio Calle 151 # 111A - 87		Ciudad Bogota	
Teléfono 313 807 1194		No. Celular 310 2176229	
Correo electrónico riquelme8711@hotmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Conductor		(*) Estado civil Unión libre	Años de experiencia laboral 10 Años

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 1077-032-616	(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en: Subsección (Const.)	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° 1077032616
		Categoría C2



II. PERFIL LABORAL

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

Soy una persona responsable. lider una persona que va mas alla de las expectativas una persona con facilidades de trabajar desde lo grupal.

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 type="checkbox"/>	Fecha D M A		¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	
¿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 checked="" type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
¿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		Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual				¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$ 1.400.000	
¿Por qué conceptos? Conceptos personales.				¿Cuánto es su aspiración salarial? A convenir		
¿Cuál es su principal afición? Futbol. Micro.				¿Practica algún deporte? ¿Cuál(es)? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Futbol.		
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?						

466020572



IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Karol Leal		Profesión, ocupación u oficio Asesora Comercial		Empresa donde trabaja Harinera del Valle	
Cargo actual Asesora Comercial		Dirección Cra 34 #13-47		Teléfono 3206969265	
Ciudad Bogotá		N° de personas que dependen económicamente de usted 4		Parentesco Esposa hijos	
Edades 15-13-6 Años		Nombre(s) padre(s) Luis Fernando Pinilla		Profesión, ocupación u oficio Agricultor	
Teléfono(s) 310 5720095		Nombre(s) madre(s) Blanca Miriam Rodríguez		Profesión, ocupación u oficio Hogar	
Teléfono(s) 322 2793138		Nombre(s) hermanos Daisy Pinilla Rodríguez		Profesión, ocupación u oficio Hogar	
Teléfono(s) 310 8369088		Nombre(s) hermano(s) Eider Pinilla Rodríguez		Profesión, ocupación u oficio Empleado Seguridad	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	1999	5º	Primario	Escuela R. Santa Rosa	San Juan de Río
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/>	2001	7º	Bachiller	CENAD	San Juan de Río
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>					
Tecnológico <input type="checkbox"/>					
Profesional <input type="checkbox"/>					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria 6	Nombre del programa Manejo de Riesgo		Institución NEDESICO LMTA	
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	
Nombre de la institución		Horario Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>		Año / semestre que cursa 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 Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> R <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		3. Word Excel		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
¿Que programas maneja?	2. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		4. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. Español		Escucha <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> MB		Lectura <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		Escritura <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> MB		Habla <input type="checkbox"/> 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 Al Cargo Transporter		Actividad Económica Transporte		Dirección Avenida C. #117-13		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor		Área del cargo Transporte		Fecha Ingreso 05/08/19		Fecha Retiro 03/22	
Funciones realizadas Carga y Descarga de Alimentos entrega mercancía a nivel Bogotá y Nacional. Vehículo FRR. 10 toneladas.		Sueldo Inicial \$ S. Mínimo		Sueldo Final \$ S. Mínimo			
Nombre de su jefe inmediato Daniel Rodríguez		Cargo Jefe Despachos					
Logros obtenidos Experiencia laboral conocimiento de la Ciudad.							
Tipo de contrato Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?	
Horario de trabajo Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input checked="" type="checkbox"/> Por horas <input checked="" type="checkbox"/>		Jornada: Diurna <input checked="" type="checkbox"/> Nocturna <input checked="" type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>					
Motivo del retiro Voluntario. proyecto personal.							

Nombre de la empresa J.F.C. CARRO-		Actividad Económica Transporte	Dirección Calle 112-#164-05		Teléfono(s) 313 987 8018 313 887 8018	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor		Área del cargo Transporte	Fecha Ingreso 15/10/16	Fecha Retiro 04/06/19	Sueldo Inicial \$ 1.000.000	Sueldo Final \$ 1.100.000
Funciones realizadas Entrega Mercancia diferentes puntos de descarga transporte de la misma entre ciudades						
Nombre de su jefe inmediato Jairo Cortes			Cargo Gerente.			
Logros obtenidos Conocimiento de la Ciudad y Vías Nacionales						
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?				
Indefinido <input checked="" type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>				
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo		Jornada:				
Tiempo completo <input checked="" type="checkbox"/>		Diurna <input checked="" type="checkbox"/>				
1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Nocturna <input checked="" type="checkbox"/>				
Por horas <input checked="" type="checkbox"/>		Otra jornada <input checked="" type="checkbox"/>				
Motivo del retiro Voluntario						

Nombre de la empresa		Actividad Económica	Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato		Cargo				
Logros obtenidos						
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?				
Indefinido <input type="checkbox"/>		Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/>				
Fijo <input type="checkbox"/>		Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>				
Horario de trabajo		Jornada:				
Tiempo completo <input type="checkbox"/>		Diurna <input type="checkbox"/>				
1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/>				
Por horas <input type="checkbox"/>		Otra jornada <input type="checkbox"/>				
Motivo del retiro						

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores			
1.	Nombre Jermi Natali Leal	Ocupación Comerciante	Dirección Cia 76 # 146F-03
			Teléfono 311 866 8282
2.	Nombre Nelly Romero	Ocupación Hogar	Dirección Calle 151 # 111A-87
			Teléfono 311 506 8186
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente			
1.	Nombre KAROL Leal	Ocupación Empleada	Dirección Calle 151 # 111A-87
			Teléfono 320 696 9265
2.	Nombre Conrado Suarez	Ocupación Independiente	Dirección Oasis 3.
			Teléfono 311 506 8170

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



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. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	Firma del solicitante C.C.
---	---	--

This image shows a single page of white paper with horizontal blue lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

CENAD

Centro Educativo Nacional de Adultos

Creado de acuerdo con el Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997.
 Licencias de Funcionamiento y/o Reconocimiento Oficial:
 Resolución No. 001483 del 16 de diciembre de 1999 (San Juan de Rioseco, Cundinamarca).
 Resolución No. 001483 del 16 de diciembre de 1999 (San Juan de Rioseco, Cundinamarca).
 Resolución No. 001483 del 16 de diciembre de 1999 (San Juan de Rioseco, Cundinamarca).

Certificado SJ-2015

LA RECTORA DEL CENTRO EDUCATIVO NACIONAL DE ADULTOS "CENAD" DE SAN JUAN DE RIOSECO, CUNDINAMARCA, AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 001483 DEL 16 DE DICIEMBRE DE 1999, DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 3011 DEL 19 DE DICIEMBRE DE 1997.

CERTIFICA:

Que, **RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ**, con Documento de Identidad No. 871119-50146, CURSO Y APROBO en esta institución durante el año 2001, el Ciclo Tercero (III) de Educación Básica Secundaria, que corresponde en caso de transferencia a los grados 6º y 7º, de los Ciclos Lectivos Regulares; con el plan de estudios incluido en el PEI, con intensidad horaria y valoración de logros que a continuación se relacionan

ÁREAS DE ESTUDIO	I.H. SEMANAL	CONCEPTO	VALORACION FINAL
LAS CIENCIAS INSTRUMENTO EXPLICATIVO			
CIENCIAS NATURALES Y EDUC. AMB.			
Biología	1	E	EXCELENTE
MATEMATICAS	2	E	EXCELENTE
LA COMUNICACIÓN COMO ELEMENTO INTEGRADOR			
HUMANIDADES			
Lengua castellana	1	B	BUENO
Inglés	1	B	BUENO
TECNOLOGIA E INFORMATICA	1	B	BUENO
EDUCACIÓN PARA LA VIDA Y LA SOCIEDAD			
CIENCIAS SOCIALES:	1		
Historia		B	BUENO
Geografía		B	BUENO
Democracia		B	BUENO
Constitución Política		B	BUENO
CATEDRA POR LA PAZ	1		
EDUC. ÉTICA Y EN VALORES HUMANOS		B	BUENO
EDUCACIÓN RELIGIOSA		B	BUENO
EDUCACIÓN ARTÍSTICA		B	BUENO
EDUC. FÍSICA, RECREAC. Y DEPORTES		B	BUENO
OPTATIVAS			
DESARROLLO EMPRESARIAL	1	B	BUENO
INVESTIGACIÓN APLICADA	1	B	BUENO

INTENSIDAD HORARIA: CLEI de acuerdo con la Ley 115/94 y el Decreto 3011/97 en la Modalidad Semipresencial

San Juan de Rioseco, 27 de diciembre de 2005.

Clara Cruz de Lozano
CLARA CRUZ DE LOZANO
 Rectora
 c.c. 20.902.351 de San Juan de Rioseco

Aissa Nayibe Lozano Cruz
AISSA NAYIBE LOZANO CRUZ
 Secretaria Académica
 c.c. 20.905.069 de Vianí



CERTIFICATE OF COMPLETION

Drivers License Number: Col 1077032616
Course Completion Date: December 28/2013

Control No.

NEB-MDSV-13/1002

Security Control No.

123206

Name: Pinilla Rodriguez Riquelme
Address: San Juan de Rio Seco - Cundinamarca
City, State, Zip: Cundinamarca

Training Center: National Safety Council, Nebesco Ltda. Salud Ocupacional, Bogota, Col., ID # 1031173
Instructor Name: Néstor E. Benavides Cubillos
Instructor Number: 1068049

DDC 8/6

☒ 8 hours ☐ 6 hours

This certifies that the person named above
has successfully completed the National Safety Council
Defensive Driving Course 8/6.

Expiration Date: December 28 / 2014

THIS DOCUMENT IS VOID IF REPRODUCED



Understand the risks of distracted driving

- Talking on your cell phone, reading e-mail, putting on makeup or sending text messages are all examples of high-risk distracted driving
- People who use cell phones while driving are 4 times as likely to be in a crash
- More than 30 scientific studies agree that hands-free cell phones are not any safer to use when driving



Control No.
NEB-MDSV-13/1002

Pinilla Rodriguez Riquelme

has completed the NSC

Defensive Driving Course ☒ 8 hours ☐ 6 hours

Drivers License Number:
Col 1077032616

Course Completion Date:
December 28 / 2013

Expiration Date:
December 28 / 2014

Janet Freutscher
Janet Freutscher
President & CEO

Instructional Hours:
8 Hours



NSC, Nebesco Ltda. S.O., Bogota, Colombia
Training Center

Néstor E. Benavides Cubillos 1068049

Instructor

Security Control No. 123206

Instructor Number

Keep this card for your records. Void if reproduced.



NEBECOS LTDA.
Salud Ocupacional
Licencia S.D.S. No. 1222
NIT. 800.250.108-0



DEFENSIVE DRIVING COURSE
Training Center No. 1031173
REGISTRO NEB-MDSV-13/1002

CERTIFICAN QUE:

RIQUELME PINILLA RODRÍGUEZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1'077.032.616

De la empresa **GEOSPECTRO S.A.S.**

Autorizados para Certificar por:



Autorizados para Certificar por:



Asistió y Aprobó el Programa

“MANEJO DEFENSIVO SEGURIDAD VIAL PARA VEHÍCULOS LIVIANOS”

Bajo Normas ANSI / ASME D6.1, OSHA 1910.178, Estándares de National Safety Council NSC
de los E.U.A. y Código Nacional de Transito de Colombia – Ley 769 de 2002

En Temas de:

FUNDAMENTOS Y CONCEPTOS SOBRE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ACCIDENTES
MECÁNICA BÁSICA, INSPECCIÓN PRE-OPERACIONAL DE VEHÍCULOS LIVIANOS

PRUEBA PRÁCTICA DE HABILIDAD Y DESTREZA EN CONDUCCIÓN Y CONTROL DE VEHÍCULOS

Certificación de Competencias

Válida para el Periodo:

Diciembre 28 de 2013 – Diciembre 27 de 2014

Con una intensidad de: 09 Horas

Bogotá D.C. – Colombia, Diciembre de 2013

NESTOR E. BENAVIDES CUBILLOS
Presidente Ejecutivo Nebecso Ltda. Salud Ocupacional

Firma Autorizada

1er Mantenimiento de la

Certificación de Competencias

Válido para el Periodo:

Diciembre 28 de 2014 – Diciembre 27 de 2015

Con una intensidad de: Horas

Bogotá D.C. – Colombia, Diciembre de 2014

Firma Autorizada

2do Mantenimiento de la

Certificación de Competencias

Válido para el Periodo:

Diciembre 28 de 2015 – Diciembre 27 de 2016

Con una intensidad de: Horas

Bogotá D.C. – Colombia, Diciembre de 2015

Firma Autorizada



Educación Futuro Institución Educativa con aprobación oficial SED 5518/2004 - 1559/2006
y la Agencia de Empleo y Fomento Empresarial de Compensar

Certifican que:

RIQUELME PINILLA RODRÍGUEZ

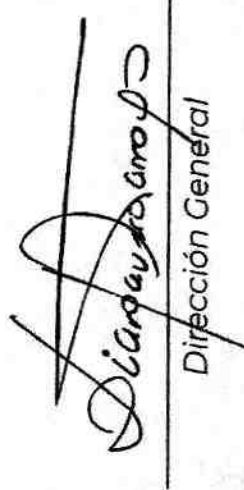
C.C. No. 1077032616

Asistió al Taller de Competencias Clave:

**Inteligencias para el trabajo y la vida, Habilidades lectoescritas, Planeación y manejo del tiempo,
Uso de las TIC y Pensamiento lógico matemático**

Con una intensidad total de cuarenta (40) horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de
febrero de dos mil veintitrés (2023)


Dirección General


Dirección Académica



ALL CARGO TRANSPORTE DE CARGA SAS
NIT. 900.109.610-8

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **PINILLA RODRIGUEZ RIQUELME**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.077.032.616 laboró en la empresa en el periodo relacionado a continuación, desempeñando el cargo de **CONDUCTOR DE TRACTOCAMION**.

FECHA INGRESO

Julio 05 de 2019

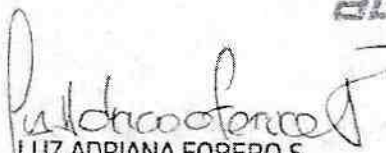
FECHA RETIRO

Marzo 05 de 2022

Para mayor información puede comunicarse a los números (571) 7449088 ext. 103

Para constancia se firma la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., el día cuatro (04) del mes de Abril de dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,


LUZ ADRIANA FORERO S
Coordinadora Talento Humano





Distribuciones Servi Marcas

Jorge A. Cortes Ortega

Nit. 1077967359-1 Tel 8901588-3204957247

Calle 12 # 3A-29 Facatativá

CERTIFICA

A QUIEN INTERESE

Certificamos que Riquelme Pinilla Rodríguez Con Cedula de Ciudadanía 10770326163 de Subchoque laboro para Distribuciones Servimarcas durante el periodo de 1 marzo del 2014 al 28 de febrero del presente año.

Durante este tiempo se caracterizo por el cumplimiento de sus obligaciones en la compañía y en el respeto por sus compañeros.

Esta certificación de expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Mayo de 2015.

Cordialmente

**DISTRIBUCIONES
SERVI MARCAS**
JORGE A. CORTES
NIT. 1077967359-1
TEL. 8901588-3204957247
JORGE ALEXANDER CORTES ORTEGA



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:53:50 AM horas del 03/03/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1077032616**

Apellidos y Nombres: **PINILLA RODRIGUEZ RIQUELME**

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)

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 1077032616

NOMBRE
RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ

FECHA DE NACIMIENTO
19-11-1987

SANGRE-JH
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
09-02-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
SDM - BOGOTÁ D.C.




CATEGORÍAS AUTORIZADAS

CATEGORÍA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRUCILO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	27-02-2023	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	09-02-2023	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	09-02-2023	PÚBLICO





ESTA LICENCIA ES VÁLIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
LC03005215415


Servicio Integrado 00947 23-4 0722

 PROING-SA	GESTIÓN HUMANA	CÓDIGO:	HF-005
	INFORME DE INDUCCIÓN	REVISIÓN:	5
		FECHA REVISIÓN:	18/ABRIL/2016

Nombre del trabajador:	<i>Riquelme Riquelme</i>	Fecha:	06/03/23
Cargo:	Conductor Ayudante		

Tema	Observaciones y Chequeo: marcar con un sobre el recuadro a medida que se dé la información sobre el tema
Presentación general de la Empresa PROING S.A.	
Actividades a las que se dedica la Empresa	<input checked="" type="checkbox"/>
Aspectos generales de Visión, Misión, Valores, Las 5S,	<input checked="" type="checkbox"/>
Presentación del Sistema de Gestión Integral	
Políticas de la Empresa: (SGI, RSE, Seguridad vial, Consumo de sustancias nocivas, Convivencia, etc)	<input checked="" type="checkbox"/>
Presentación del Sistema de Gestión de Calidad	<input checked="" type="checkbox"/>
Presentación del Sistema de Gestión de Ambiental	<input checked="" type="checkbox"/>
Canales de comunicación interna	<input checked="" type="checkbox"/>
 FIRMA INSTRUCTOR	

Presentación del Sistema de SST	
Presentación del reglamento de Higiene y Seguridad Industrial	<input checked="" type="checkbox"/>
Presentación del COPASST – Brigada de Emergencia.	<input checked="" type="checkbox"/>
Normas de seguridad industrial	<input checked="" type="checkbox"/>
Uso obligatorio de dotación, implementos de seguridad y protección personal	<input checked="" type="checkbox"/>
Cuidado de los implementos de seguridad y protección personal	<input checked="" type="checkbox"/>
El manejo adecuado y preservación de la herramienta	<input checked="" type="checkbox"/>
 FIRMA INSTRUCTOR	

Inducción al puesto de trabajo	
Descripción del cargo y funciones	<input checked="" type="checkbox"/>
Salarios, auxilios, almuerzos, transporte, Descuentos, préstamos, permisos, incapacidades	<input checked="" type="checkbox"/>
La obra, proyecto o labor en la cual se va a desempeñar	<input checked="" type="checkbox"/>
Presentación del reglamento interno de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>
El porte obligatorio de las copias de auto liquidación (ARP – EPS – AFP)	<input checked="" type="checkbox"/>
 FIRMA INSTRUCTOR	

El trato brindado fue satisfactorio?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	No
Considera que el proceso de inducción le brindó la información necesaria?	<input checked="" type="checkbox"/> Si	No

Declaro que a la firma de este documento conozco el cargo y el riesgo asociado al presente trabajo y me comprometo a cumplir estrictamente las normas de salud ocupacional y seguridad industrial impartidas por PROING S.A.


Firma del trabajador

PROING-SA		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		Código:	HF-056
EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN				Revisión:	3
				Fecha Revisión:	22/08/2022

Nombre y Apellido: Riquelme Paula Rodríguez Cédula: 1094032616 Fecha: 06/03/23

Cargo: conductor ayudante Área y/o Proyecto: _____

Evaluación:

1. ¿En qué campos desarrolla Proyectos PROING S.A.?
- Arquitectura, Industria, Diseño, Energía.
 - Telecomunicaciones, Energía, Arquitectura, Obras Civiles.
 - Diseño, Acueducto, Arquitectura, Telecomunicaciones.
 - ☒ Energía, Acueducto, Telecomunicaciones, Obras Civiles.

2. Pareamiento:

a. Ser la mejor opción para nuestros clientes y grupos de interés.	b. Basados en nuestros talentos y en nuestra buena actitud, desarrollamos la ingeniería para brindar un mejor presente y un mejor futuro.	c. Generar valor a nuestros clientes y grupos de interés ofreciendo servicios y soluciones especializadas en el sector de la ingeniería.
Propósito (b).	Misión (c).	Visión (a).

3. ¿Cuáles son los grupos de interés de PROING S.A.?
- Empresarios, clientes, colaboradores, comunidad, vendedores.
 - ☒ Comunidad, accionistas, concejales, empleados, influencers.
 - Clientes, proveedores, colaboradores, accionistas, comunidad.
 - Clientes, accionistas, empresarios, empleados, colaboradores.
4. ¿Cuáles son los VALORES de PROING S.A.?
- ☒ Respeto, Compromiso, Responsabilidad y Honestidad.
 - Compromiso, Puntualidad, Eficiencia, Energía.
 - Responsabilidad, Solidaridad, Sostenibilidad, Respeto.
 - Honestidad, Colaboración, Responsabilidad, Respeto.

5. ¿Qué es ser sostenible como empresa?

- Trabajar en pro de la comunidad y la sostenibilidad.
- ☒ Trabajar en pro del medio ambiente, las personas y la economía.
- Trabajar en pro de la economía, la salud y el gobierno.
- Trabajar en pro del medio ambiente, el pueblo y la salud.

6. ¿Cuáles son los procesos de PROING SA presentados en el video?

- Gestión del talento humano, Sistemas de Gestión, Proyectos.
- ☒ Sistema SST, Gestión del talento humano, Comunicaciones.
- Gestión del talento humano, Sistemas de Gestión, Comunicaciones.
- Gestión del talento humano, Manual de Ética, Comunicaciones.

7. ¿A qué entidades debe ser vinculado el colaborador en el momento de su ingreso a la empresa?


- IPS, ARL, Pensión, Salud.
- ☒ Pensiones, Caja de compensación, Cesantías, Liquidación.
- EPS, ARL, Pensión, Caja de Compensación.
- ARL, IPS, EPS, Pensión.

8. ¿Qué debe entregársele al colaborador al ingreso a PROING S.A.?

- ☒ Dotación, Reglamento Interno de Trabajo, Perfil del Cargo.
- Dotación, Papelería, Reglamento Interno de Trabajo.
- Perfil del Cargo, Dotación, Protocolo COVID-19.
- Documentación, Dotación, Perfil del cargo.

9. ¿A quién se le deben reportar los eventos de Incapacidades?

- Al director de Obra.

 PROING-SA	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		Código:	HF-056
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN		Revisión:	3
			Fecha Revisión:	22/08/2022

- b. Al proceso de Gestión del talento humano.
- ☒ c. Al Jefe Inmediato.
- d. Al Administrador del Proyecto.

10. ¿Qué busca el Comité de Convivencia Laboral?

- a. Prevenir las enfermedades laborales y ayudar a los demás
- ☒ b. Prevenir el acoso laboral y los riesgos psicosociales.
- c. Prevenir el acoso sexual y los riesgos psicosociales.
- d. Prevenir el acoso laboral y mantener el buen ambiente laboral.

11. ¿A qué ayuda el SGI (Sistema de Gestión Integral)?

- ☒ a. Mejora continua en productos y los servicios que se ofrecen a los clientes.
- b. Minimizar los riesgos de accidentes y a la convivencia laboral.
- c. Proteger el medio ambiente.
- d. Todas las anteriores.

12. ¿De qué sistemas se compone el SGI (Sistema de Gestión Integral) de PROING S.A.?

- a. Seguridad y Salud en el trabajo, Integral, Ambiental.
- b. Calidad, Ambiental, Prevención.
- c. Calidad, Reglamento Interno, Seguridad y salud en el trabajo.
- ☒ d. Calidad, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo.

13. Los siguientes son conceptos claves de un sistema de gestión de la energía:

- ☒ a. Eficiencia energética, gestión de la energía, desempeño energético.
- b. Aire acondicionado, uso de la energía, energía eléctrica.
- c. Ahorro, planificación y control de energía.
- d. Ninguna de las anteriores

14. A través del sistema de gestión de la energía, la organización busca aumentar su desempeño energético.

- ☒ a. Verdadero
- b. Falso

15. Seleccione las acciones que contribuyen al desempeño energético en la organización:

- a. Apagar el computador después de utilizarlo.
- b. Apagar las luces cuando no se requieran
- ☒ c. Mantener el aire acondicionado a una temperatura adecuada.
- d. Todas las anteriores.

16. El proceso de mantenimiento y transporte: no debe ser considerado como un factor de interés dentro del Sistema de Gestión de la energía.

- ☒ a. Falso
- b. Verdadero

 PROING-SA				
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN		Código:	HF-056
			Revisión:	3
			Fecha Revisión:	22/08/2022

CUESTIONARIO DE DERECHOS HUMANOS

17. Los derechos humanos son el conjunto de derechos, garantías y libertades fundamentales para el disfrute de la vida humana. Sin distinción alguna de raza, sexo, idioma, etc.

- ☒ a. Verdadero
b. Falso

18. ¿A quiénes protegen los Derechos Humanos?

- ☒ a. Los animales
b. Los bienes
☒ c. A todas las personas

19. No hace parte de las características de los Derechos Humanos

- ☒ a. Intrínsecos
b. Inalienables
c. Indivisibles
☒ d. Transferible

20. ¿En cuantas generaciones está dividida la clasificación de los derechos humanos?

- ☒ a. 2
b. 5
☒ c. 3
d. 4

21. A que generación de los Derechos Humanos hace parte los siguientes derechos: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad jurídica y nadie estará sometido a esclavitud o servidumbre

- ☒ a. Primera Generación
b. Segunda Generación
c. Tercera Generación

d. Cuarta Generación

22. Los mecanismos de protección de derechos humanos son órganos que vigila y cooperan con el cumplimiento de las obligaciones y compromisos aceptados por los países miembros de Naciones Unidas derivados de tratados y otros instrumentos internacionales de derechos humanos

- ☒ a. Verdadero
b. Falso

23. A que mecanismos de protección de los derechos fundamentales, pertenece el siguiente enunciado: "Es una institución jurídica que obliga a que toda persona detenida sea presentada en un plazo preventivo determinado ante el juzgado pertinente, quien podría ordenar la libertad inmediata del detenido si no encontrara motivo suficiente de arresto."

- ☒ a. Derecho de Petición
b. Habeas Data
☒ c. Habeas Corpus
d. Acción de tutela

24. Son reglas del Civismo:

- ☒ a. Respetarse a sí mismo y a los demás
b. Proteger el medio ambiente
c. Defender los animales
☒ d. Todas las anteriores

25. En PROING-SA no tenemos políticas de los Derechos Humanos

- ☒ a. Verdadero
☒ b. Falso

 PROING-SA	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		Código:	HF-056
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN		Revisión:	3
			Fecha Revisión:	22/08/2022

CUESTIONARIO DEL SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO INTEGRAL DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.

26. ¿Cuál es la abreviación del sistema anti lavado que tiene ///PROING?

- a. SALAFT
- b. SAGRLAFT
- c. SAGRILAFT

27. ¿Qué es lavado de activos?

- a. Trata de dar apariencia de legalidad a dineros que vienen de actividades ilícitas
- b. Es ofrecer dineros para un beneficio propio o de la empresa
- c. Es proveer armas a grupos al margen de la ley


28. ¿Por cuál de los siguientes medios puedo reportar un acto indebido?

- a. Página web www.proing.com.co
- b. Correo electrónico lineaetica@proing.com.co
- c. Celular corporativo

29. ¿A que nos invita el manual Anticorrupción?

- a. Cometer actos terroristas
- b. No recibir ningún tipo de dinero para un beneficio propio o de la empresa
- c. Ayudar a la sostenibilidad de la empresa

Calificación Obtenida:	4,8
Fecha:	10-03-2023
Nombre Evaluador:	MD Nicolas Uribe
Cargo:	Aux Adm.
Firma	[Firma]

 PROING-SA	GESTIÓN HUMANA	CÓDIGO:	HF-016
	ENTRENAMIENTO DEL CARGO Y EL PUESTO DE TRABAJO	REVISIÓN:	1
		FECHA REVISIÓN:	18/abr/2016

NOMBRE DEL COLABORADOR:	<i>Riquelme Raul</i>	No DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	107703266
CARGO:	<i>Conductor Ayudante</i>	FECHA DE INGRESO:	06 03 2023 DD MM AA
UNIDAD GEOGRÁFICA/CODIGO DE PROYECTO:	<i>Bogotá</i>	FECHA DE INICIO ENTRENAMIENTO:	06 03 2023 DD MM AA
		FECHA DE FINALIZACIÓN ENTRENAMIENTO:	23 03 2023 DD MM AA

Durante el Entrenamiento del cargo y el puesto de trabajo se busca dar a conocer a los nuevos colaboradores de PROING S.A las funciones de su puesto de trabajo y los procesos que debe desarrollar. El presente formato lo orienta en los aspectos fundamentales de este proceso por favor desarrolle cada uno de estos y relacione si se ejecuto o no aplica:

ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	EJECUTADA	
		SI	N/A
PRESENTACIÓN Y FAMILIARIZACIÓN CON EL SITIO DE TRABAJO	Dar la bienvenida al nuevo empleado.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Presentar a las personas del área.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Presentar a los empleados de áreas con las que va a interactuar para el desarrollo de su trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Dar información sobre la distribución física de las instalaciones de la empresa.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Indicar el lugar donde va a trabajar (puesto de trabajo) y entregar los elementos y herramientas de escritorio y/o campo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Entregar lista con nombre, cargo, ubicación y extensión de las personas que trabajan en el área.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Verificación de entrega de inventario, equipo, material, herramienta, dotación.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Dar a conocer el procedimiento, persona y horario para solicitar los elementos de trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Inducción e información del uso de equipo, material, herramienta y dotación.	<input checked="" type="checkbox"/>	
ENTRENAMIENTO DEL CARGO Y EL PUESTO DE TRABAJO	Informar el procedimiento a realizar en caso de daño o mal funcionamiento de equipos que están bajo su responsabilidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Dar a conocer el objetivo del área y qué áreas se relacionan con su trabajo. Indicar dónde están ubicadas.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Mostrar organigramas del área y la posición del cargo dentro de éste.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Brindarle información acerca de la adecuada atención al cliente tanto interno como externo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Explicar las políticas de la empresa en cuanto a la presentación personal.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Explicar las políticas de la empresa en cuanto al uso del uniforme, cuando este aplique.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Asignar correo electrónico o Internet si lo requiere y explicar su adecuado manejo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Explicar el horario de trabajo y hora de almuerzo.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Explicar documentación del sistema de gestión integral	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Explicar uso del sistema telefónico de PROING S.A (prefijo llamada externa - traslado de llamadas, solicitud y/o entrega de Clave).	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Explicar cada una de las funciones del cargo y su aplicación para lograr los objetivos del área.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Entregar y explicar los procesos del área.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Informar cuáles son las aplicaciones informáticas que usará en el cargo y cómo operará. Solicitar las claves en el aplicativo del sistema, si lo requiere, y el manejo que debe darle a las mismas.	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Informar sobre el manejo del archivo y registros del área. Esto dará una idea del volumen e importancia de la información que se maneja.	<input checked="" type="checkbox"/>	

NOMBRE DEL TRABAJADOR:
FIRMA: *Riquelme R*

NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO:
FIRMA:

Duración del cumplimiento del entrenamiento del cargo y puesto de trabajo, 5 días hábiles a partir de la fecha de inicio.

Medellín, 04 de marzo de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de PROYECTOS DE INGENIERIA S.A PROING S.A.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	00000590-4 CODENSA JA10104989			Clase: 4	Porcentaje Cotización:	4,35 %
C1077032616	PINILLA RODRIGUEZ RIQUELME	06/03/2023		28202502	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/03/2023 12:15:57.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.49.89.246, 192.230.104.8, 172.16.42.57

9009836421
9009836421

No. de Radicación
25817247

Fecha de Radicación
13 / 03 / 2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Tipo de afiliado A. Colizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	--	---	---------------------------------

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

6. Apellidos y nombre PINILLA RODRIGUEZ RIQUELME	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1077032616	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 19 03 1987
11. Etnia 12. Discapacidad 13. Puntaje SISBEN 14. Grupo de población especial 15. Administradora de pensiones				
16. Ingreso base de cotización - IBC 17. Ingreso base de cotización - IBC 18. Residencia 19. Teléfono celular				
20. Correo electrónico 21. Calle y número 22. Zona 23. Departamento				

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
24. Apellidos y nombre				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
30. Etnia				
31. Discapacidad				
32. Datos de residencia				
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)				
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS				
35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)				

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

36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 800093320	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación 40. Tipo de novedad		
41. Datos básicos de identificación		

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de novedad	43. Tipo de novedad	44. Tipo de novedad	45. Tipo de novedad	46. Tipo de novedad	47. Tipo de novedad	48. Tipo de novedad	49. Tipo de novedad	50. Tipo de novedad	51. Tipo de novedad	52. Tipo de novedad	53. Tipo de novedad	54. Tipo de novedad	55. Tipo de novedad	56. Tipo de novedad	57. Tipo de novedad	58. Tipo de novedad	59. Tipo de novedad	60. Tipo de novedad	61. Tipo de novedad	62. Tipo de novedad	63. Tipo de novedad	64. Tipo de novedad	65. Tipo de novedad	66. Tipo de novedad	67. Tipo de novedad	68. Tipo de novedad	69. Tipo de novedad	70. Tipo de novedad	71. Tipo de novedad	72. Tipo de novedad	73. Tipo de novedad	74. Tipo de novedad	75. Tipo de novedad	76. Tipo de novedad	77. Tipo de novedad	78. Tipo de novedad	79. Tipo de novedad	80. Tipo de novedad	81. Tipo de novedad	82. Tipo de novedad	83. Tipo de novedad	84. Tipo de novedad	85. Tipo de novedad	86. Tipo de novedad	87. Tipo de novedad	88. Tipo de novedad	89. Tipo de novedad	90. Tipo de novedad	91. Tipo de novedad	92. Tipo de novedad	93. Tipo de novedad	94. Tipo de novedad	95. Tipo de novedad	96. Tipo de novedad	97. Tipo de novedad	98. Tipo de novedad	99. Tipo de novedad	100. Tipo de novedad
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Tipo de documento de identidad	43. Número del documento de identidad	44. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	45. Fecha de nacimiento	46. Tipo de novedad	47. Tipo de novedad	48. Tipo de novedad	49. Tipo de novedad	50. Tipo de novedad	51. Tipo de novedad	52. Tipo de novedad	53. Tipo de novedad	54. Tipo de novedad	55. Tipo de novedad	56. Tipo de novedad	57. Tipo de novedad	58. Tipo de novedad	59. Tipo de novedad	60. Tipo de novedad	61. Tipo de novedad	62. Tipo de novedad	63. Tipo de novedad	64. Tipo de novedad	65. Tipo de novedad	66. Tipo de novedad	67. Tipo de novedad	68. Tipo de novedad	69. Tipo de novedad	70. Tipo de novedad	71. Tipo de novedad	72. Tipo de novedad	73. Tipo de novedad	74. Tipo de novedad	75. Tipo de novedad	76. Tipo de novedad	77. Tipo de novedad	78. Tipo de novedad	79. Tipo de novedad	80. Tipo de novedad	81. Tipo de novedad	82. Tipo de novedad	83. Tipo de novedad	84. Tipo de novedad	85. Tipo de novedad	86. Tipo de novedad	87. Tipo de novedad	88. Tipo de novedad	89. Tipo de novedad	90. Tipo de novedad	91. Tipo de novedad	92. Tipo de novedad	93. Tipo de novedad	94. Tipo de novedad	95. Tipo de novedad	96. Tipo de novedad	97. Tipo de novedad	98. Tipo de novedad	99. Tipo de novedad	100. Tipo de novedad
-------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos.	49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución.	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades.	52. Autorización para que la EPS reporte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como manejo de fax.
--	--	--	--	---	--	---	---

VIII. FIRMAS

54. Firma del afiliado	55. Firma del representante o beneficiario
------------------------	--

IX. ANEXOS

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 de menor.	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración susrita 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.
--	---	---	--	---	---	---	--	--	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBEN Número de la ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación			
71. Tipo de documento de identidad	72. Número del documento de identidad	73. Firma del funcionario	74. Observaciones
CARGO: CONDUCTOR - REPARTIDOR			

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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS
07/2016

INTERNET

Ful Complementario

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

	SI	NO	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.</p> <p>Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).</p> <p><i>"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos."</i> (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).</p>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ
Identificación: CC 1077032616

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ
Identificación: CC 1077032616

ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarlos sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.
Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impresa pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos
de quien no sabe o
no puede firmar: _____

Huella

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ identificado(a) con CC No. 1077032616, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de PROYECTOS DE INGENIERIA S. A. con NIT 8000933202:

- Fecha de afiliación a la Caja: 17/03/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 06/03/2023.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 17/03/2023

VIGILADO SuperSubsidio



Protección Social



Educación



Vivienda



Salud



Cultura



Recreación y Deporte



Turismo



Supermercados



Droguerías



Crédito y Seguros



Alimentos y Bebidas

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

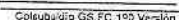
Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1077032616**, se encuentra afiliado/a desde **02/12/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de marzo de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
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.



BOGOTA 06 MARZO DE 2023

Por medio de la presente declaro que Yo **RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ** mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía número 1077032616 de Subachoque Cundinamarca y en conjunto la señora **CAROL ELIANA LEAL ROMERO** mayor d edad, identificada con cedula de ciudadanía número 1019068533 de Bogotá, convivimos hace tres (3) años en la ciudad de Bogotá.

Manifestamos que no tenemos hijos en común acuerdo, con base a estos identificamos a los menores de edad fruto de relaciones anteriores de parte y parte de la siguiente manera.

Menor de edad **Juan Esteban Alvarado Leal** identificado con RC. 1220222114 (hijo de la señora Carol Eliana Leal Romero). Quien vive actualmente con nosotros.

Menor de edad **Joan Andrés Pinilla Lara** identificado con tarjeta de identidad numero 1070388403(convive con la madre)

Menor de edad **Juan Carlos Pinilla Lara** identificado con tarjeta de identidad numero 1069433787 (convive con la madre).

Este documento se realiza con el fin de dejar constancia que yo **RIQUELME PINILLA** y la señora **Carol Eliana Leal romero** conformamos una relación marital de hecho.

Para la presente se firma en la ciudad de Bogotá.


RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ
1077032616


CAROL ELIANA LEAL ROMERO
1019068533

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.068.533

LEAL ROMERO

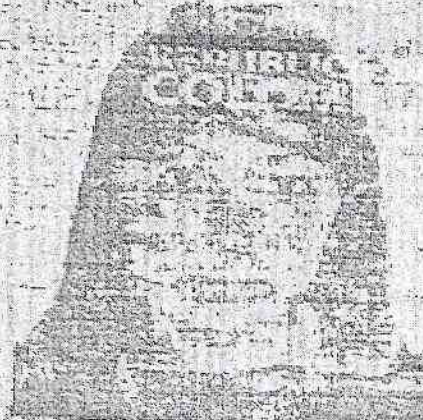
APELLIDOS

CAROL ELIANA

NOMBRES

Carol Eliana Leal Romero

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1992

BOGOTA D.C.

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

G S RH

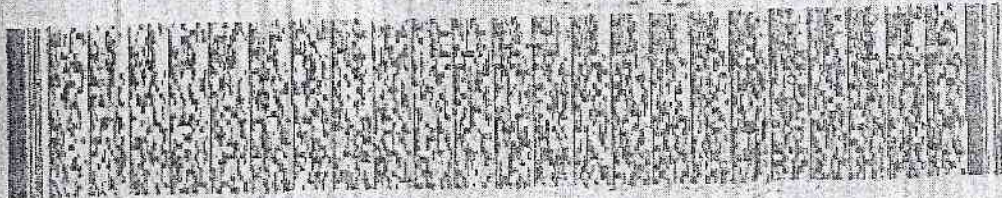
F

SEXO

05-MAR-2010 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANSEL MARCHEZ TORRES



P-1500150-00242439 F-1019000533-20100223

-0022445024A-1-

34030880

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.070.388.403

PINILLA LARA

APELLIDOS

JHOAN ANDRES

NOMBRES

Jhoan Andres Pinilla Lara

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-2007

FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

15-JUN-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

29-SEP-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+

G S RH

M

SEXO

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1506150-00651980-M-1070398403-20141211

0041884726A 1

1233084264



LUZ CONSUELO DEL PILAR NASSAR MORALES
NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE FACATATIVA
NIT: 16.364.227-5
Cra 3 No. 5 - 32 CENTRO
TELÉFONOS: 8424549, 8429240, 8424865 - FAX 8921348

NIP ó NUIP 1070368403

**CERTIFICADO DE REGISTRO
CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo 40200627
Serial
TOMO FOLIO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaria X Número 2	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código J4K
País - Departamento - Municipio - Corregimiento - Inspección de Policía					
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA					

Datos del Inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
PINILLA		LARA	
Nombre(s)			
JOHAN ANDRES			
Fecha de Nacimiento	Año	Mes	Día
	15/06/2007		
Sexo		Grupo Sanguíneo	Factor RH
MASCULINO		A	POS
Lugar de Nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento v/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Certificado de nacido vivo

CERTIFICADO NACIDO VIVO

A7870146

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
LARA Y. DEURAN Y. BEISM CAROLINA	
Documento de identificación clase y número	Nacionalidad
TINRO: 89112954059 DE BOGOTA DC	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
PINILLA RODRIGUEZ RIQUELME	
Documento de identificación clase y número	Nacionalidad
CC NRO. 1077032616 DE SUBACHOQUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
PINILLA RODRIGUEZ RIQUELME	
Documento de identificación clase y número	
C.C.1077032616 DE SUBACHOQUE (CUND.)	

Fecha de inscripción

Año	Mes	Día	LUZ CONSUELO DEL PILAR NASSAR MORALES
13/07			Nombre y firma

VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

LA RECTORA DEL COLEGIO MISAEL PASTRANA BORRERO IED**HACE CONSTAR QUE:**


El (la) estudiante **PINILLA LARA JHOAN ANDRES** con número de identificación N°1070388403 encuentra matriculado (a) en esta institución en la jornada de la **MAÑANA** cursando el **GRADO DECIMO (10°)** de Educación **MEDIA** durante el año lectivo de 2023, con una intensidad horaria de **30** horas semanales.

Se informa que para el año escolar en curso se tuvo como fecha de ingreso el día 24 de enero de 2023, en modalidad presencial.

Se expide la presente constancia a solicitud del acudiente, para trámites personales.

Dada en Bogotá D.C., a los (06) días del mes de marzo de dos mil veintitrés 2023.

Atentamente;



MARCELA BENITEZ MENDIVELSO
Rectora

Nota: La firma de este certificado no necesita ser autenticada según Decreto Nacional 1543 de julio 27 de 1976, Art. 31, Párrafo 2 del MEN y la supresión de sellos según Decreto 2150 del 5 de diciembre de 1995.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.069.433.787**

PIRELLA LARA

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Carlos Pirella Lara

FIRMA




ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-2009**
SAN JUAN DE RIOSECO
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-OCT-2027 **A+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

24-NOV-2016 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADO NACIONAL



P: 1580150-00000076-M-1069433787-20161204 0052401545A-1 1544203425

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43295826

NUIP 1.069.433.787

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3 2 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SAN JUAN DE RIQUEZA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

PINILLA

Nombre(s)

JUAN CARLOS

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

Mes

Día

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA SAN JUAN DE RIQUEZA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

Nacionalidad

Documento de identificación (Clase y número)

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

Nacionalidad

Documento de identificación (Clase y número)

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

Firma

Documento de identificación (Clase y número)

RIGORNE PINILLA RODRIGUEZ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Firma

Documento de identificación (Clase y número)

Luis Evelia Rodriguez

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Firma

Documento de identificación (Clase y número)

Carlos B Priasca

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

Mes

Día

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

LA RECTORA DEL COLEGIO MISAEL PASTRANA BORRERO IED**HACE CONSTAR QUE:**

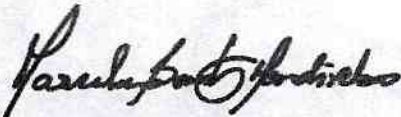
El (la) estudiante **PINILLA LARA JUAN CARLOS** con número de identificación N°1069433787 encuentra matriculado (a) en esta institución en la jornada de la **MAÑANA** cursando el **GRADO SEPTIMO (7°)** de Educación **BASICA SECUNDARIA** durante el año lectivo de 2023, con una intensidad horaria de **30** horas semanales.

Se informa que para el año escolar en curso se tuvo como fecha de ingreso el día 24 de enero de 2023, en modalidad presencial.

Se expide la presente constancia a solicitud del acudiente, para trámites personales.

Dada en Bogotá D.C., a los (06) días del mes de marzo de dos mil veintitrés 2023.

Atentamente;



MARCELA BENITEZ MENDIVELSO
Rectora

Nota: La firma de este certificado no necesita ser autenticada según Decreto Nacional 1543 de julio 27 de 1976, Art. 31, Párrafo 2 del MEN y la supresión de sellos según Decreto 2150 del 5 de diciembre de 1995.

MetLife®

Declaración de Asegurabilidad (Beneficios)

Asegurador: MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

☒ Inclusión
☐ Modificación

Póliza No.	No. Certificado
Tomador Proing SA	Nit o C.C. 800093320-2

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombres Riquelme		Primer Apellido Vinilla	Segundo Apellido Rodriguez	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Identificación <input checked="" type="checkbox"/> No. 107032616	Fecha Inicio de Vigencia 22 03 06	Fecha de Nacimiento 87 11 19	Nacionalidad Colombiana	Lugar de Nacimiento San Juan de los Rios
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> Cual Unión Libre	Peso 70 Kg.	Estatura 1.61 M.	Cargo Conductor	Fecha de Empleo 22 03 06
Ocupación Empleado	Suplente 1431782	Dirección Residencia KRA 113C # 156-49	Ciudad Bogotá	
Departamento Cundinamarca	Teléfono(s) Oficina 313 807 1194	Teléfono(s) Residencia 310 246229	E-mail riquebmpe@bolmail.com	

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA GRUPO Y/O ACCIDENTES PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Identificación	Parentesco	% Seguro
Leal	Romero	Carol	Elana	1 019 068 538	Esposa	50%
Binilla	Lara	Johan	Andres	1 070 388 403	Hijo	25%
Vinilla	Lara	Juan	Carlos	1 069 433 787	Hijo	25%

CUESTIONARIO DE ASEGURABILIDAD

- a. ¿Usted presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad en las siguientes áreas o sistemas corporales, o alguna de las enfermedades específicamente preguntadas a continuación? SI ☐ NO ☒
- b. ¿Alguno de los miembros familiares presenta o ha padecido de algún síntoma, signo, trastorno o enfermedad en las siguientes áreas o sistemas corporales, o alguna de las enfermedades específicamente preguntadas a continuación? SI ☐ NO ☒

(En caso afirmativo, por favor en el espacio adjunto de observaciones, amplie la información pertinente para cada asegurado, teniendo en cuenta entre otros, fechas, ubicación anatómica - Derecha/ Izquierda?)

EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA) / ENFISEMA / BRONQUITIS CRÓNICA / ASMA / FIBROSIS PULMONAR / SILICOSIS / ASBESTOSIS / BULAS / ENFERMEDADES DEL CORAZÓN / ANEURISMAS / ENFERMEDAD CORONARIA / ARRITMIAS / ENFERMEDAD DE LAS VALVULAS DEL CORAZÓN / INFARTOS / PREINFARTOS / INSUFICIENCIA CARDIACA / HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA O DE DIFÍCIL TRATAMIENTO / HIPERTENSION PULMONAR / ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR / DERRAMES / ISQUEMIA CEREBRAL / APOPLEJAS / EPILEPSIA / DIABETES / SIDA / HIV (+) / DEPRESIÓN / TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y ENFERMEDADES MENTALES DE CUALQUIER ORDEN / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN / CIRROSIS / HEPATITIS B / HEPATITIS C / ESCLEROSIS / FIBROMIALGIA / POLIMIOSITIS / VASCULITIS / ESPONDILITIS / TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN / INMUNODEFICIENCIAS / BAJA EN LAS DEFENSAS / ARTRITIS / ARTROSIS / ARTRITIS REUMATOIDEA / TRASTORNO EN LAS ARTICULACIONES / SORDERA Y/O CEGUERA BILATERAL / DEGENERACIÓN MACULAR / LUPUS ERMATEMATOSO / DISTROFAS / ENFERMEDAD DE PARKINSON / TEMBLORES / DEMENCIAS / SECUELAS DE TRAUMA CRANEAL / PARÁLISIS / SÍNDROME NEFRÍTICO Y/O NEFRÓTICO RENAL PRESENTES / CÁNCER DE CUALQUIER TIPO / TUMORES / LEUCEMIA / LINFOMAS / ANEMIAS CRÓNICAS / MIELOMA / TRASTORNO DE LA MÉDULA (OSEA) / TRASTORNO EN EL NÚMERO DE CÉLULAS DE LA SANGRE / INSUFICIENCIA RENAL / TRASPLANTES / PANCREATITIS CRÓNICA / ENFERMEDADES IRREVERSIBLES / ENFERMEDADES AUTOINMUNES / AMPUTACIONES / LIMITACIONES FÍSICAS / SECUELAS / OBESIDAD / SANGRADOS / TRASTORNOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL / DOLOR LUMBAR CRÓNICO / DISFONÍAS O AFONÍAS CRÓNICAS / HEMORRAGIAS GASTROINTESTINALES O GENITOURINARIAS / ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO / TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS / SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO / ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS / VÁRICES / JUANETES / CATARATAS / HERNIAS / CÁLCULOS DE CUALQUIER TIPO / ÚLCERAS / TRAUMAS NAALES / DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL / PTERIGIOS / MALFORMACIÓN CONGÉNITA / TENDENCIA A HACER COAGULOS / FRACTURAS PREVIAS / PRESENTA VERRUGAS / TUMORES DE PIEL / INCONTINENCIA URINARIA / DESCENSO O SALIDA DEL ÚTERO / TRASTORNO DE LA PRÓSTATA / HA VARIADO SU PESO?

- ¿SE ENCUENTRA EN EMBARAZO?
- ¿TIENE PROGRAMADA O PENDIENTE LA PRÁCTICA DE ALGUNA HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA O EXAMEN MÉDICO?
- ¿PARTICIPA EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS?
- ¿PADECE DE ALGUNA DOLENCIA NO PREGUNTADA PREVIAMENTE?
- ¿SE LE HA NEGADO, APLAZADO, REDUCIDO O MODIFICADO ALGÚN SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES O DE SALUD?
- ¿SE ENCUENTRA USTED EN ESTUDIO MÉDICO POR CUALQUIER RAZÓN?
- ¿VA A SER SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O VA A INICIAR ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?
- ¿HA SIDO ALGUNA VEZ HOSPITALIZADO U OPERADO?

SI NO
X X
X X
X X
X X
X X
X X
X X

• REGISTRE SU PESO **70** KG. Y TALLA **1.61** CMS.

• NOMBRE LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE Y LA RAZÓN (Amplíe su respuesta en observaciones)

• NÚMERO DE CIGARRILLOS DIARIOS QUE FUMA **N/A**

En caso de alguna respuesta afirmativa amplie su respuesta en observaciones

OBSERVACIONES:

La declaración sincera de todos los antecedentes médicos preguntados por medio de este cuestionario, es requisito y parte integrante del contrato, por lo que, cualquier retención en la información, puede hacer nulo el contrato, e impedir la indemnización de cualquier reclamación futura.

Autorizo de manera permanente irrevocable a la Compañía o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial o financiera procese, conserve, consulte, suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnico de seguros, y financiera y comercial mía desde el momento de solicitud de seguro a las Centrales de Información o Bases de Datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas Bases de Datos.

Adicionalmente, autorizo expresamente a la Compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la autorizo que informe a esas

mismas bases de datos los aspectos que la Compañía considere pertinente en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.

El seguro solicitado en esta aplicación no será efectivo hasta que sea aprobado por MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Por la presente autorizo en vida y además extensivo aún después de muerto, para que cualquier médico, clínica, hospital, Compañía de Seguros, Compañía de Medicina Prepagada, o Entidad Promotora de Salud (EPS) suministre a MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. la información que requieran, relacionada con mi estado de salud o historia clínica.

Por lo anterior renuncio a cualquier norma de confidencialidad o de reserva sobre mi información médica.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: De acuerdo con el artículo 1152 del Código de Comercio, el no pago de la prima dentro del mes siguiente a su vencimiento producirá la terminación automática del contrato, terminando así la cobertura. Como constanda de haber realizado una entrevista personal y de haber leído, entendido y aceptado todo el documento, firmamos el presente formulario.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. (en adelante LA ASEGURADORA) me ha informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Nuestros datos serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: i) El trámite de nuestra solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor. ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos. iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA. xi) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables. xii) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. xiii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiv) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por lo encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA adelante gestiones para efectos de

celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES Y DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles y/o datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

6. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales.


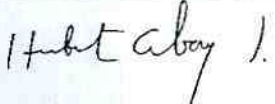
7. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT): 860.002.398-5, Dirección Electrónica: www.metlife.com.co, Correo Electrónico: servicio.cliente@metlife.com.co, y Teléfono: 358 1258 de Bogotá. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

a) FASECOLD, cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el Tratamiento de mis datos personales y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

 FIRMA ASEGURADO	Lugar y Diligenciamiento	Bogotá	 MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Firma Autorizada
	Fecha de Diligenciamiento	123 03 06	
	Hora	7:00 AM.	

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Cra. 7 No. 99 - 53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea de Atención al Cliente: 01 8000 912 200 - servicio.cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co

MJUPCC003-COL-ED102015

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO**INFORMACION GENERAL****OP**

<u>EMPLEADOR:</u> PROYECTOS DE INGENIERÍA S.A. – PROING S.A.	<u>DIRECCION, TELEFONO, E-MAIL</u> <u>Cra. 31 N° 10-321 Arroyohondo –Yumbo</u> <u>(Valle),Tel:6544436,</u> <u>proingsa@proing.com.co</u>
<u>TRABAJADOR:</u> RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ	<u>DIRECCION, TELEFONO:</u> Calle 151 N° 111A - 87 Cel: 3102176229
<u>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</u> 1077032616 de la ciudad de Subachoque (Cundinamarca)	<u>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:</u> San Juan de Rio Seco (Cundinamarca) 19 de noviembre de 1987
<u>CLASE DE CONTRATO:</u> Contrato Individual de Trabajo a Termino Fijo Por 4 Meses	<u>CARGO:</u> <u>CONDUCTOR AYUDANTE</u>
<u>FECHA DE INICIACION DEL</u> <u>CONTRATO:</u> 06 de marzo de 2023 hasta el 05 de julio de 2023	<u>SALARIO:</u> 1431782 (Un Millón Cuatrocientos treinta y Un Mil Setecientos Ochenta y Dos)
<u>CIUDAD DE DESEMPEÑO DE</u> <u>LABORES:</u> BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA	<u>CIUDAD DE CELEBRACION DEL</u> <u>CONTRATO:</u> BOGOTA (CUNDINAMARCA)

Entre los suscritos a saber: **PROYECTOS DE INGENIERIA S.A. – PROING S.A.**, sociedad comercial, con domicilio principal en el municipio de **Yumbo (Valle)**, identificada con el **Nit.800.093.320**, representada en este acto por el representante legal suplente de la sociedad, señor **ERNESTO YUGUEROS RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. **71.778.448** expedida en **Medellín (Antioquia)**, quien en



adelante para los efectos del presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, y **RIQUELME PINILLA RODRIGUEZ**, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca) identificado con la cédula de ciudadanía No. **1077032616** expedida **Subachoque (Cundinamarca)** quien en adelante para los efectos del presente contrato se denominará **EL TRABAJADOR**, hemos convenido en celebrar el presente contrato individual de trabajo a término fijo contenido en el Art. 46 del C.S. del T, el cual se regirá por las cláusulas que se enuncian a continuación y en lo no previsto en ellas, por las normas especiales que regulen la materia. **PRIMERA – OBJETO: EL TRABAJADOR** se compromete y obliga para con **EL EMPLEADOR** a prestar sus servicios personales como **CONDUCTOR AYUDANTE**, cumpliendo las siguientes funciones de acuerdo a las descritas en el perfil de OPERARIO, obligándose **EL TRABAJADOR** a colocar al servicio de éste toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementarias del mismo, acatando las órdenes e instrucciones que para el efecto le imparta **EL EMPLEADOR** o el personal autorizado para representarlo. **PARÁGRAFO:** En consideración al *lus Variandi*, es decir, la facultad que tiene **EL EMPLEADOR** de modificar las condiciones de trabajo, **EL TRABAJADOR** se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida **EL EMPLEADOR** dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del **TRABAJADOR** y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos **EL TRABAJADOR**, de conformidad con lo señalado en el artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1º de la Ley 50 de 1990.

SEGUNDA – DURACION: El presente contrato individual de trabajo tendrá una duración de cuatro (4) meses, acordándose como periodo de prueba un máximo de dos meses si la vigencia del contrato es superior a doce (12) meses y la quinta parte de dicho periodo que corresponde a **veinticuatro (24) días** en caso de ser inferior a doce (12) meses, y las partes acuerdan como fecha de iniciación de labores el día **06 de marzo de 2023**.

TERCERA – SALARIO: EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR, un salario mensual de **M/CTE (1431782)**, pagaderos de forma QUINCENAL. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Las partes expresamente acuerdan que lo que reciba EL TRABAJADOR o llegue a recibir en el futuro, adicional a su salario ordinario de manera ocasional y por mera liberalidad tales como primas, gratificaciones, bonificaciones, participación de utilidades, gastos de representación, medios de transporte, u otros beneficios o auxilios habituales u ocasionales, tales como alimentación, habitación o vestuario, bonificaciones ocasionales o cualquier otra que reciba, durante la vigencia del contrato de trabajo, en dinero o en especie, no constituyen salario. De igual forma acuerdan las partes que los siguientes pagos no tendrán naturaleza salarial: Primas extralegales de vacaciones, auxilio médico, auxilios en especie tales como anteojos, auxilios de educación o matriculas, auxilios de alimentación o auxilios de habitación. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Se aclara y se conviene que en los casos en los que el trabajador devengue comisiones o cualquiera otra modalidad de salario variable, el 82.5% de dichos ingresos, constituye remuneración ordinaria, y el 17.5% restante está destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos de que tratan los capítulos I y II del título VIII del Código Sustantivo del Trabajo. **PARAGRAFO TERCERO:** Conforme a lo señalado los artículos 59 y 149 del

Código sustantivo del Trabajo, el trabajador autoriza expresamente al empleador para que retenga, deduzca o compense del monto de su salario y/o prestaciones, los valores que éste adeude en los siguientes casos: a) Perdida, apropiación y no devolución, daños o averías injustificadas de elementos de trabajo, materiales, insumos, equipos de comunicación, herramientas o útiles de trabajo entregados al Trabajador para desempeñar sus labores; b) Valores entregados y sin legalizar por parte del trabajador; c) deudas o préstamos adquiridos por el trabajador para con el empleador; d) indemnizaciones por daños ocasionados a los locales, o maquinarias del empleador, así como también indemnizaciones que el empleador tenga que pagar a terceros por daños ocasionados por el trabajador, en los cuales no medie causal alguna eximente de responsabilidad, y e) Por valores entregados por cualquier otro concepto al trabajador con ocasión de su trabajo. En el evento en que dicho valor sea superior al valor de los salarios y/o prestaciones, este será cancelado directamente a la empresa por parte del trabajador, para lo cual el TRABAJADOR renuncia de manera expresa a cualquier clase de requerimiento y el presente contrato presta merito ejecutivo.

CUARTA – OBLIGACIONES: Además de las obligaciones derivadas del ejercicio de su cargo, contenidas en el Art. 58 del C.S.T, constituyen obligaciones especiales a cargo del TRABAJADOR las siguientes: 1) Observar rigurosamente las normas que le fije EL EMPLEADOR para la realización de la labor a que se refiere el presente contrato; 2) No divulgar a persona alguna no autorizada, la información personal o corporativa a que tenga acceso por el ejercicio de sus funciones o que le haya sido proporcionada directamente por EL EMPLEADOR o funcionarios de la empresa. 3) Ejecutar por sí mismo las funciones asignadas y cumplir estrictamente las instrucciones que le sean dadas por el EMPLEADOR o por quienes la representen, respecto del desarrollo de sus actividades; 4) Conservar en buen estado los elementos de trabajo suministrados por el EMPLEADOR para el desempeño de las labores. El hurto, extravío o deterioro de dichos bienes por culpa imputable al TRABAJADOR, dará derecho al EMPLEADOR al pago de los mencionados bienes o el costo de sus reparaciones, para cuyo efecto EL TRABAJADOR desde ahora faculta a la empresa para que de sus prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones se retenga o compense la suma debida por dicho concepto 5) Observar completa armonía y comprensión con los clientes de la empresa, con sus superiores y funcionarios de la empresa, en sus relaciones personales y en la ejecución de su labor. 6) Cumplir permanentemente con espíritu de lealtad, colaboración y disciplina con la empresa. 7) Avisar oportunamente y por escrito, a la empresa todo cambio en su dirección, teléfono o ciudad de residencia; 8) Ejecutar las labores encomendadas con sujeción a lo preceptuado por las leyes y el ordenamiento jurídico en General 9) Proporcionar oportunamente la información y documentación que requiera EL EMPLEADOR con el fin de realizar los trámites de afiliación a las entidades administradoras del Sistema General de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARP) y entidades que administren aportes parafiscales (SENA ICBF, Caja de Compensación Familiar); 10) El EMPLEADO manifiesta bajo la gravedad de juramento, que se entiende informado con la suscripción del presente contrato, que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera

**PROING-SA****PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.**
NIT. 800.093.320-2ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS
certification

manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de éste contrato, no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. En caso de comprobarse lo contrario EL EMPLEADOR procederá a adelantar las acciones contractuales y/o legales que correspondan. EL EMPLEADO se obliga a cumplir con toda la normatividad relacionada con el Sistema de Administración de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo que están consignadas en el manual del sistema y en los procesos que estén a su cargo del desarrollo de sus funciones. 11) El TRABAJADOR autoriza que le realicen prueba de polígrafo para efectos de verificación. 12) Llevar en forma correcta, actualizada y de acuerdo con las instrucciones recibidas, el archivo de los documentos que le sean encomendados aplicando además, las normas generales de archivo. 13) Mantener debidamente organizada las disposiciones emanadas de PROING .S.A que sean de interés o se les deba dar cumplimiento por parte de la diferentes dependencias y/o clientes. 14) Colaborar en las juntas y reuniones que le indique su jefe inmediato. 15) Elaborar las cuentas de pago que sean delegadas o de competencia de PROING S.A, cumpliendo con los documentos y demás requisitos exigidos. 16) Colaborar con los mecanismos implementados para proteger los recursos de la dependencia. 17) Propender por el mejoramiento de los procesos asignados, con el fin de obtener los resultados que le permitan un desempeño, eficiente y eficaz dentro de la organización. 18) Colaborar en aquellos procedimientos que deban desarrollarse en el transcurso de las operaciones del proyecto 19) Colaborar en la implantación de las recomendaciones generales a nivel operativo, que conlleve al mejoramiento en la toma de decisiones en la dependencia. 20) Coordinar la documentación manual y electrónica que ingrese y salga de la dependencia, así como distribuirla en el interior de la misma 21) Apoyar la dependencia para el logro de los objetivos y metas programadas en la empresa. 22) Colaborar con un eficiente manejo de los recursos físicos y administrativos contribuyendo a una mejor gestión y ejerciendo un control sobre las existencias y dificultades que se presenten e informando oportunamente. 23) Presentar al jefe inmediato, los informes y documentos que le sean delegados para su elaboración. 24) Verificar que los informes elaborados o delegados para envío sean despachados correctamente a las instancias correspondientes, ejerciendo el respectivo control de su recibo. 25) Impulsar y fomentar la cultura del control a través de los diferentes procedimientos por la dependencia. 26) Realizar las tareas pertinentes como apoyo, mantenimiento y soporte en los proyectos asignados, análisis, diseño e implantación de nuevos proyectos y apoyo de adquisición y mantenimiento de infraestructura según su perfil cuando sea requerido. 27) Cumplir con las funciones contenidas en la Constitución, la Ley y el Manual Interno de Trabajo. 28) Cumplir con las disposiciones existentes en materia disciplinaria, sobre Derechos, Deberes, prohibiciones, incompatibilidades y conflictos de intereses. 29) Desempeñar las demás funciones inherentes al cargo que le sean asignadas por el jefe inmediato

QUINTA - HORARIO DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señalados por EL EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, Así mismo EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR

**PROING-SA****PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.**
NIT. 800.093.320-2ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS
certification

acuerdan que cuando así se requiera, la jornada semanal de cuarenta y ocho (48) horas se realice mediante jornadas de trabajo sucesivo que no excedan de seis (6) horas al día y treinta y seis (36) horas a la semana. Para estos turnos no habrá lugar al pago de recargo nocturno ni de remuneración especial por dominicales o festivos. Por cada turno en dominical o festivo EL TRABAJADOR tendrá derecho a un (1) día de descanso remunerado. De igual forma, EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR acuerdan que cuando así se requiera, EL TRABAJADOR, laborará conforme lo permite la jornada flexible en una jornada máxima de cuarenta y ocho (48) horas durante seis (6) días a la semana, el los turnos que EL EMPLEADOR así determine, pudiendo repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo cuatro (4) horas continuas y hasta diez (10) horas diarias sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda el promedio de cuarenta y ocho (48) horas semanales dentro de la jornada ordinaria de 6 a.m. a 9 p.m.

SEXTA - TRABAJO SUPLEMENTARIO: Todo trabajo suplementario o en horas extras y todo trabajo en día domingo o festivo en los que legalmente debe concederse descanso, se remunerará conforme a la ley, así como los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo EL EMPLEADOR o sus representantes deben autorizarlo previamente por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al EMPLEADOR o a sus representantes. EL EMPLEADOR, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o avisado inmediatamente, como queda dicho.

SEPTIMA - LUGAR DE TRABAJO: No obstante, se determina como domicilio contractual la ciudad de **Bogotá (Cundinamarca)**, Por razones inherentes al cargo, EL TRABAJADOR acepta desde ahora los traslados de lugar de trabajo y domicilio, cambios de oficio que decida EL EMPLEADOR siempre y cuando tales traslados o cambios no desmejoren sus condiciones laborales o de remuneración.

OCTAVA - TERMINACION DEL CONTRATO: El contrato de trabajo terminará por: 1) Muerte de EL TRABAJADOR; 2) Mutuo Consentimiento de las partes, 3) Por Liquidación de la Empresa; 4) Por cualquiera de las causales de terminación por justa causa contempladas en el Art. 7 del Dec. 2351 de 1.965 Por suspensión de actividades por parte del EMPLEADOR, durante más de ciento veinte días; 5) Por sentencia ejecutoria; 6) Por no regresar EL TRABAJADOR a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato. **PARAGRAFO:** Serán justas causas para dar unilateralmente terminado el presente contrato, las causales contempladas en el artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965.

NOVENA - INVENCIONES: Las invenciones o descubrimientos realizados por EL TRABAJADOR le pertenecen, salvo: a) en el evento que la invención haya sido realizada por el TRABAJADOR contratado para investigar, siempre y cuando la invención sea el resultado de la misión específica para la cual ha sido contratado. b) Cuando el trabajador no ha sido contratado para investigar y la invención se obtiene mediante datos o medios

**PROING-SA****PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.**
NIT. 800.093.320-2ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS
certification

conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada. En este ultimo evento, el trabajador, tendrá derecho a una compensación que se fijara por un tribunal de arbitramento designado por las partes en cumplimiento de las normas laborales y de arbitraje vigentes para el momento en que se origine el conflicto, de acuerdo al monto del salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que reporte al EMPLEADOR o otros factores similares.


DECIMA - DERECHOS DE AUTOR: Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por el TRABAJADOR en ejercicio de sus funciones o con ocasión ellas pertenecen al EMPLEADOR. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán en cabeza del creador de la obra, de acuerdo con la ley 23 de 1982 y la decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena.

DÉCIMA PRIMERA - MODIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES: EL TRABAJADOR acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo modificado por el Artículo 1° de la ley 50 de 1.990. Los gastos que se originen con el traslado de lugar de prestación del servicio serán cubiertos por el EMPLEADOR de conformidad por el numeral 8° del Artículo 57 del código sustantivo del trabajo.


DECIMA SEGUNDA – EFECTOS: El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado entre las partes con anterioridad. Las modificaciones que se acuerden al presente contrato se realizarán mediante contratos adicionales modificatorios, los cuales deberán ser suscritos por la partes, por tratarse de un nuevo acuerdo de voluntades.


Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca), al seis (6) días del mes de marzo del año Dos mil veintitres (2023).

EL EMPLEADOR,


C.C. No. 71.778.448

EL TRABAJADOR


C.C. No. 1077032616
1074032616

PRONOS-BA		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		CÓDIGO:	HF-002
DATOS BÁSICOS PARA INGRESO DEL EMPLEADO				REVISIÓN:	13
1. INFORMACIÓN PERSONAL				FECHA REVISIÓN:	
APELLIDOS: Pinilla Rodríguez					
NOMBRES: Riquelme					
TIPO DE DOCUMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> CED_CIUDADANÍA <input type="checkbox"/> CED_EXTRANJE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> TARJ_IDENTIDAD					
NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 1077032616 EXPEDIDA EN: Subandagua FECHA EXPEDICIÓN: 16/01/2006					
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Sanjuan de Lco. 19/Nov/1987					
LIBRETA MILITAR No.		CLASE:	DISTRITO:		
LIC. CONDUCCIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CATEGORIA: C2	NÚMERO: 1077032616	TIPO DE SANGRE: A+	
CORREO(S) ELECTRÓNICO(S): riquelme8311@hotmail.com					
DIRECCIÓN RESIDENCIA: KPS 113CH5649		CARRIO: Londres		ESTRATO: 2	
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIONES: Calle 151 #111A-87 casa 93		DEPARTAMENTO O ESTADO: Cundinamarca		BARRIO: Suba	
CIUDAD: Bogota		CELULAR(ES) No. 3102176229		PAIS: Colombia	
VIVE EN CASA: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Personas a cargo: N° 4 En letras: Cuatro					
ESCOLARIDAD: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input checked="" type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otros ¿Cual?:					
TÍTULO OBTENIDO: Bachiller INSTITUCIÓN DONDE OBTUVO EL TÍTULO: CENAD					
ESTUDIOS QUE CURSA ACTUALMENTE:					
INSTITUCIÓN: Centro Educativo Nacional de Adultos					
ESTADO CIVIL: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>					
2. INFORMACIÓN FAMILIAR					
NOMBRE DEL CONYUGUE O COMPAÑERO(A): Carol Elena Jael Romero					
IDENTIFICACIÓN: 1.019.068.533		OCUPACIÓN: Asesora Comercial			
NOMBRE DE LOS HIJOS		FECH. NACIM.	SEXO	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO
Jhoan Andia Pinilla laica		15/06/07	M	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input checked="" type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	1070388403
Juan Carlos Pinilla laica		21/10/09	M	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	1069433787
Juan Esteban Alvarado		24/06/16	M	R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	1.220.222.114
				R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	
				R.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	
NOMBRE DE LOS PADRES		OCUPACIÓN		TELÉFONOS	
Luis Fernando Pinilla		Agricultor		318 8935757	
Blanca Niram Rodríguez		Ama de Casa			
PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR					
NOMBRE	DOC IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	OCUPACIÓN	TELÉFONO	
Carol Jael	1.019.068.533	Esposa		320 6969263	
Jhoan Pinilla	1070388403	hijo		3134121459	
Juan Carlos Pinilla	1.069433787	hijo			
Juan Esteban Alvarado	1220222114	hijo			
FAMILIARES CON RELACIÓN CERCANA INDEPENDIENTES DEL NÚCLEO FAMILIAR HASTA 2 GRADO DE CONSANGUINIDAD					
NOMBRE	DOC IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	OCUPACIÓN	TELÉFONO	
Kelly Romero	52.053692	Suegra	Independiente	311 5068166	
Nataly Jael	1032428121	Cuñada	Independiente	311 8668282	

 PROING-SA	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO:	HF-002
	DATOS BÁSICOS PARA INGRESO DEL EMPLEADO	REVISIÓN:	13
		FECHA REVISIÓN:	03/NOVIEMBRE/2021

3. INFORMACIÓN PARA EL EMPLEADOR				
EPS:	<i>Pamvaner</i>	AFP:	<i>Colpensionado</i>	N° SEMANAS COTIZADAS:
CESANTÍAS:	<i>Porvenir</i>	% ARL:	<i>W sura</i>	CAJ_COM_FAMILIAR:
OBRA O LUGAR DE TRABAJO AL QUE FUE ASIGNADO:		<i>590. - 4005</i>		
CARGO:	<i>Conductor Ayudante</i>	FECHA DE INGRESO: <i>06-marzo-2023</i>		
TIPO DE CONTRATO:	Indefinido <input type="checkbox"/>	Duración de Obra <input type="checkbox"/>	Termino fijo a un año <input type="checkbox"/>	Termino fijo inferior a un año <input checked="" type="checkbox"/> <i>4 meses</i>
SUELDO MENSUAL:	<i>1431.782</i>	En letras		
ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA:			
TALLA DE DOTACION PERSONAL:	Camisa:	Pantalón:	Calzado:	
		<i>M</i>	<i>32</i>	<i>39-40</i>
OBSERVACIONES:				

IV. TRATAMIENTO DE DATOS (Certifico que toda la informacion aqui registrada es veraz)

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a PROING S.A., para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho Tratamiento se realice con el fin de lograr las finalidades relativas a fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en el Manual de Tratamiento de Datos Personales de PROING S.A., así como para documentar las actividades relacionadas con empleados, clientes y proveedores.

Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.

Declaro que conozco y acepto el Manual de Tratamiento de Datos Personales de PROING S.A., y que la información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Mediante la firma del presente documento, manifiesto que reconozco y acepto que cualquier consulta o reclamación relacionada con el Tratamiento de mis datos personales podrá ser elevada verazmente o por escrito ante PROING S.A., como Responsable del Tratamiento, a través del correo electrónico: privacyp@proing.com.co, formularios de actualización y/o consultas y reclamos de datos personales publicados en la página web: www.proing.com.co, enviado las necesidades de manera escrita a la oficina principal Cra 38 N° 15-229 Acopi, Yumbo o al teléfono (57 2) 534 44 35 con la información establecida en el manual de tratamiento de datos personales.

V. DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Autogestión de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

- Que los recursos de la persona natural o jurídica que represento, provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de sus actividades, por lo cual, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Que en la ejecución de las actividades en que consista el negocio jurídico con PROING SA no se contrata, ni se tendrán vínculos de ningún tipo, de nuestra parte, con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas, contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados, representantes legales y miembros de la Junta Directiva, que directa o indirectamente tengan el cinco por ciento (5%) o más del capital social, aporte o participación, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC. Por esta razón PROING SA estará facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica, si verifica que algunas de las personas mencionadas anteriormente aparece en dichas listas.
- Que toda la documentación e información aportada, para la celebración y ejecución de contratos y/o negocios jurídicos efectuados con PROING SA, es veraz y exacta estando PROING-SA facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes, y para dar por terminado dichos contratos y/o negocios jurídicos, si verifica lo anterior.
- Que reconocemos y aceptamos que PROING SA está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes, en el evento en que se presenten circunstancias que generen dudas razonables sobre el origen de fondos, actividades comerciales o jurídicas de la persona natural o jurídica que represento, por lo cual PROING SA estará autorizada para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.

FIRMA:

Proing SA

FECHA:

06/03/23