



## HOJA DE VIDA

PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencia su Hoja de vida en letra clara y legible

Fecha: 08/07/2023 Empleo o cargo al que aspira: Conductor

## I. INFORMACION GENERAL

(\*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 3 Comand. 111 OIT

Apellido(s) del aspirante Cruz Ortiz		Nombre(s) del aspirante Carlos Alberto	
Fecha de Nacimiento 17/10/64	Lugar de Nacimiento Cali - Valle		
Dirección domicilio / Barrio Cca 13A + 22-28 - La Estancia		Ciudad Yumbo - Valle	
Teléfono 695-55-34		No. Celular 313-750-28-86	
Correo electrónico carelocruz@gmail.com		Nacionalidad Colombiano	
Profesión, ocupación u oficio Conductor		(*) Estado civil Casado	Años de experiencia laboral 25 años



## DOCUMENTACION

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

Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 16.703.759	(**) Libreta militar N° 16703759	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en Cali	Distrito N°	Segunda clase: <input checked="" type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Licencia de conducción N° 16703759
		Categoría C2

## II. PERFIL LABORAL

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

Graduado de secundaria en el año 1983 y desde el año 1998 saqué mi licencia de conducción desempeñandome como Taxista hasta el año 2022, aplicando eficientemente las normas de tránsito establecidas, cumpliendo con las leyes de este país. (Trabajo Independiente)

## II. INFORMACION PERSONAL

¿Esta trabajando actualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿En qué empresa?	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre	Dependencia	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 type="checkbox"/> Amigo <input checked="" type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/>
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive en casa: Familiar? <input type="checkbox"/> Propia? <input checked="" type="checkbox"/> Alquilada? <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describa e indique su valor mensual	¿Cuánto suma sus obligaciones económicas mensuales? \$ 800.000	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ 1.500.000
¿Por qué conceptos? Hogar	¿Cuál es su principal afición? Pesca	¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			



## IV. INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposo(a) o compañero(a) <b>Adriana Carrasquero B.</b>		Profesión, ocupación u oficio <b>Ama de casa</b>		Empresa donde trabaja —	
Cargo actual —		Dirección —		Teléfono —	
N° de personas que dependen económicamente de usted <b>1</b>		Parentesco <b>Esposa</b>		Edades <b>55</b>	
Nombre(s) padre(s) <b>Edilma Ortiz de Cruz</b>		Profesión, ocupación u oficio <b>Pensionada</b>		Teléfono(s) <b>695 53 88</b>	
<b>Paul Cruz</b>		<b>Pensionado</b>		<b>695 53 88</b>	
Nombre(s) hermano(s) <b>Elvira Cruz Ortiz</b>		Profesión, ocupación u oficio <b>Trabajadora Social</b>		Teléfono(s) <b>312 290 2007</b>	
<b>Yolma Cruz Ortiz</b>		<b>Pensionada</b>		<b>315 533 2424</b>	
<b>Florencia Cruz Ortiz</b>		<b>Trabajadora Social (Oficio)</b>		<b>314 543 6426</b>	

## V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria <b>si</b>	<b>1971</b>	<b>5</b>	—	<b>Escuela Juan XXIII</b>	<b>Yumbó</b>
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	<b>1983</b>	—	<b>Bachiller</b>	<b>Jose Maria Corbano</b>	<b>Cali</b>
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	Nombre del programa	—	Institución	—
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	—	Institución	—
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa	
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	—		—	—	
Nombre de la institución	—		Horario	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>	Fin de semana A distancia <input type="checkbox"/>
<b>OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)</b>					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. —	R B MB	3	R B MB	—
¿Qué programas maneja?	2. —	R B MB	4	R B MB	—
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. —	Escucha Lectura Escritura Habla			
¿Qué idioma(s) conoce?	2. —	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

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

**- Trabajo Independiente.**



Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargos desempeñados por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
				D M A		D M A	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa		Otro ¿Cuál?	
Fijo				Contrato por medio de agencia			
Horario de trabajo		Tiempo completo		1/2 Tiempo		Por horas	
Motivo del retiro				Jornada:		Diurna Nocturna Otra jornada	

Nombre de la empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargos desempeñados por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
				D M A		D M A	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa		Otro ¿Cuál?	
Fijo				Contrato por medio de agencia			
Horario de trabajo		Tiempo completo		1/2 Tiempo		Por horas	
Motivo del retiro				Jornada:		Diurna Nocturna Otra jornada	

## VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relación de los nombres de personas distintas a familiares o empleadores				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Nair Carrasquero B	Abogada	3 umbo cile 2-214	316435 55-17
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Albano Londono L.	Pensionado	La Estancia	318642 3796
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Adriana Carrasquero	Amade Casa	Cra 13A # 22-28	312837 9992
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
	Edilma Ortiz	Pensionada	Cra 14 # 22-29	695-53.88

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



<b>Nota importante</b> Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotras lo avisaremos, gracias.	<b>Certificación</b> Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida, son veraces (C.S.T. Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis)	<b>Firma del solicitante</b> Carlos D. Cruz O. 16703759 Cc
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

NUMERO **16.703.759**

**CRUZ ORTIZ**

APELLIDOS  
**CARLOS ALBERTO**

NOMBRES

*Carlos A Cruz Ortiz*  
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1964**

**CALI**  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75**  
ESTATURA

**B+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**15-NOV-1982 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-3100100-01289812-M-0016703759-20220412    0078695446A 1    8504206110



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 16703759

NOMBRE

CARLOS ALBERTO CRUZ ORTIZ

FECHA DE NACIMIENTO

17-10-1964

FECHA DE EXPEDICIÓN

08-07-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

SANGRE-AH

B+



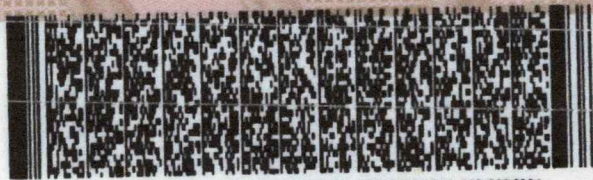
República de Colombia

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOYTTE FLORIDA

# CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
<b>A2</b>	MOTOCICLETA Y MOTOTRIGICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	08-07-2030	PARTICULAR
<b>B2</b>	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	08-07-2030	PARTICULAR
<b>C2</b>	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	08-07-2026	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07001643676



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 27.502**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
03 DÍA	04 MES	2025 AÑO	CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS				TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CRUZ ORTIZ CARLOS ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				MASCULINO	60 AÑOS 5 MESES 15 DÍAS	CC	16703759
						Tipo	Número
Cargo							
CONDUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO CON CONDICIONES DE SALUD QUE NO AFECTAN SU DESEMPEÑO LABORAL							
Observaciones: APTITUDES PSICO-MOTRICES (TODOS) APROBADO							
APTO		PARA CONDUCTOR					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				COLESTEROL TOTAL			
AUDIOMETRÍA				TRIGLICERIDOS (TGS)			
VISIONETRÍA				EXAMEN PSICOSENSOMETRICO			
GLUCOSA SERICA				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE			SVE VISUAL			HÁBITOS SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO			SVE CARDIOVASCULAR			ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NIEGA ENCONTRARSE EN PROCESOS DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDAD LABORAL Y/O ENFERMEDAD COMÚN POR EPS Y/O ARL, NIEGA CALIFICACIONES PREVIAS POR PCL. NIEGA PRESENTAR RESTRICCIONES MÉDICAS LABORALES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

**Médico**



Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: DONNEYS LEON PAOLA ANDREA

R. M.: 761085      L.S.O.: 1622-21



Código de Seguridad

**G837M1S27502**

**Aspirante o Trabajador**

A handwritten signature in black ink.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CRUZ ORTIZ CARLOS ALBERTO

CC: 16703759





PAGADO 25/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA SAS	Nombre Sucursal	ESTANCIA	Código Sucursal	001
Documento	NI900772097	Dirección	CR 14 #20 - 36 BARRIO LA ESTANCIA		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	3168238130		
Tipo Persona	JURÍDICA	Forma Presentación	SUCURSAL		
Ciudad	YUMBO	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal	ERAZO TORO ARBEY	Identificación	CC 6345730		
Total Afiliados	6	ARP	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SGR	LMC	VAC	AVP	OT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARC	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1088651399	JOHAN DAVID INGUILAN PUETATE	01	00																	0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(MIN002) ADRES MIN002 antes FOSYGA	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800
CC 1118259887	JORGE DAVID RIVERA ESCOBAR	01	00	X																0	21	21	21	(230301) PORVENIR	\$ 996.450	\$ 159.500	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 996.450	\$ 39.900	4,350	\$ 996.450	\$ 43.400	(CCF57) COMFANDI	\$ 996.450	\$ 39.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 282.700
CC 16458916	LUIS NERY VILLEGAS VIDAL	01	00																	0	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800
CC 16461480	FABIAN SANCHEZ SALAS	01	00																	0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800
CC 16703759	CARLOS ALBERTO CRUZ ORTIZ	01	00																	0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS018) S.O.S EPS	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800
CC 16705568	ABEL JAIMES VELANDIA	01	00																	0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.423.500	\$ 57.000	4,350	\$ 1.423.500	\$ 62.000	(CCF57) COMFANDI	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 403.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 8.113.950	\$ 8.113.950	\$ 8.113.950	\$ 8.113.950	\$ 1.298.500	\$ 324.900	\$ 353.400	\$ 324.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.301.700	\$ 4.800	\$ 2.306.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

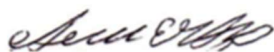
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

### CERTIFICACIÓN LABORAL

TRANSPORTES ESPECIALES ALIANZA S.A.S Nit. 900.772.097-0, Certifica que el Señor CARLOS ALBERTO CRUZ ORTIZ identificado con C.C 16703759 Labora en esta Empresa, desde el 7 de abril 2025, desempeñando el cargo de **conductor**, con contrato de trabajo a término indefinido el cual se encuentra vigente a la fecha, con un salario Mínimo Mensual Legal Vigente por valor de Un Millón cuatrocientos veintitrés mil quinientos pesos m/cte. (\$1.423.500), quien realiza sus funciones de manera responsable y eficaz.

Para constancia se firma en Yumbo el día 16 del mes de octubre de 2025

Atentamente,



Arbey Erazo Toro  
C.C. 6.345.730  
Tel. 3136258834