



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CARIHUASARI	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ZAPATA	NOMBRES CESA AUGUSTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1006731836	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO 1.006.731.836 D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 20 MES 09 AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO AMAZONAS MUNICIPIO LETICIA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TRANSVERSAL 15 #1E PAÍS Colombia DEPTO Amazonas MUNICIPIO Leticia TELÉFONO 3212542396 EMAIL cesarzapat12@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2019	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL			
		SI	NO		MES	AÑO				
dfasd	3	☒	☐	CONTENIDOS DIGITALES	1	0	2	0	2	4
		☐	☐							
		☐	☐							
		☐	☐							
		☐	☐							

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO AMAZONAS	MUNICIPIO LETICIA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MONITOR	DEPENDENCIA MONITORIA	DIRECCIÓN KM 1.5 SENA LAGOS	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

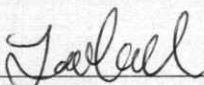
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 07/01/2025


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Fecha de expiración
09 ENE 2034

Frank

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Portales Giraldo

ICCOL040003526260001<<<<<<<<
0009209M3401099COL1006731836<8
ZAPATA<CARIHUASARI<<CESAR<AUGU



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
 FUERZAS MILITARES
 POLICIA NACIONAL
 TARJETA MILITAR DE PRIMERA CLASE
 RESERVA DE PRIMERA CLASE







NOMBRES: CESAR ALJOSTO
 APELLIDOS: ZAPATA GARCIA HIASARI



ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS
 DETERMINADOS POR LA LEY 1681 DE 2017

PERTENECE A LA RESERVA DE:		
FECHA DE 1ª LINEA	FECHA DE 2ª LINEA	FECHA DE 3ª LINEA
2020	2030	2040

UNIDAD MILITAR:
 FECHA DE EXPEDICIÓN: 09/02/2022
 DISTRITO MILITAR: 051




 DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO



El suscrito rector(a) general del INSTITUTO DE FORMACION EDUCATIVA "IFE"
Instituto de formación, debidamente Autorizada por la
Secretaria de Educación Departamental de Santander

RESOLUCION 1405 del 20 de Abril del 2016

Otorga el Título de:

Bachiller Académico

A

Zapata Carihuasari Cesar Augusto

Cedula de Ciudadanía No. 1.006.731.836 de Leticia

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de
educación media académica de acuerdo al P.S.I de la institución. En fe de lo expuesto le
expedimos el Siguiete diploma que firmamos y sellamos en la ciudad de Girón (Santander)

el 20 de DICIEMBRE de 2.019

DIRECTOR GENERAL IFE

SECRETARIA GENERAL IFE



El Instituto de Formación Educativa "I.F.E."
GIRON – SANTANDER

En la ciudad de Girón – Santander a los, **20** días del mes de Diciembre del año **2019**, se reunieron con el fin de formalizar la rectora del Instituto de Formación Educativa "I.F.E." institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL, para otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO**, según resolución No **1405** del **20** de Abril de **2016** Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO** al graduado cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identificación se relacionan a continuación.

Zapata Carihuasari Cesar Augusto

Cedula de Ciudadanía No. 1.006.731.836 de Leticia

Este es fiel copia Tomada del Acta original general No 440 de fecha 20 de Diciembre del 2019 que consta de 58 alumnos y que comienzan con el nombre de **Arango González Julieth Carolina** y se cierra con el nombre de **Zafra Leon Fredy Alberto**, Firmada por **CARMENZA TORRADO PATIÑO** (Rectora) y **LAURA NIXLEY AMADO PINZON** (Secretaria) dado en Girón – Santander a los **20** días del mes Diciembre del **2019**.

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en el cumplimiento de lo ordenado en los decretos 921 del 06 de mayo de 1994 y 2150 del 05 de Diciembre del 1995, de la Presidencia de la Republica

**Fundación Instituto
de Formación
Educativa I.F.E.**
RECTORA

CARMENZA TORRADO PATIÑO
RECTORA

C.C. 63.876.214 de Bucaramanga

**Fundación Instituto
de Formación
Educativa I.F.E.**
SECRETARIA

LAURA NIXLEY AMADO PINZON
SECRETARIA

C.C. 37.543.734 de Bucaramanga

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 09 de diciembre de 2024, a las 09:54:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006731836
Código de Verificación	1006731836241209095412

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 259499394



PIB
09:54:35
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de diciembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CESAR AUGUSTO ZAPATA CARIHUASARI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006731836:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web:
<https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:53:50 AM horas del 09/12/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1006731836**

Apellidos y Nombres: **ZAPATA CARIHUASARI CESAR AUGUSTO**

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:
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910 112

E-mail: dijin.araic

atc@policia.gov.co



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/12/2024 09:55:05 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1006731836**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **106360601**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

🔍 Nueva Búsqueda

🖨 Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:57:18 horas del 09/12/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006731836**, Apellidos y Nombres **ZAPATA CARIHUASARI CESAR AUGUSTO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **FUNDACIÓN CASA DE LA MUJER**, con NIT **900929192-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CRIMINAL E INTERPOL

© 2024

🕒 **Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
📍 **Dirección:** Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
☎ **Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
✉ **Correo:** dijin.arac-atc@policia.gov.co
🌐 **Web:** www.policia.gov.co/dijin
📷 **Instagram:** [/djinpolicia](https://www.instagram.com/djinpolicia)
🐦 **Twitter:** [@DJINPolicia](https://twitter.com/DJINPolicia)



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional



Colombia compra eficiente



GOV.CO

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

141152940371



(415)7707212489984(8020) 000014115294037 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Leticia

14. Buzón electrónico

1 0 0 6 7 3 1 8 3 6

1

3 8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 0 6 7 3 1 8 3 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Amazonas

9 1

30. Ciudad/Municipio

Leticia

0 0 1

31. Primer apellido

ZAPATA

32. Segundo apellido

CARIHUASARI

33. Primer nombre

CESAR

34. Otros nombres

AUGUSTO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Amazonas

9 1

40. Ciudad/Municipio

Leticia

0 0 1

41. Dirección principal

TV 15 1 E BRR COSTA RICA

42. Correo electrónico cesarzapat12@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 2 5 4 2 3 9 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 9 9

2 0 2 5 0 1 0 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19
									20

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☒

NO

☐

60. No. de Folios:

1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORTIZ SUAREZ JULY ELIZABETH

985. Cargo Analista II

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"



* 0 1 B 1 4 9 8 6 0 5 8 *



* 0 1 0 8 9 3 1 2 1 8 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN ☒ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐	2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. RÉGIMEN C. Contributivo ☐ S. Subsidiado ☒
4. TIPO DE AFILIADO CO Cotizante ☐ CF Cabeza de Familia ☒ BE Beneficiario ☐	5. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ D. Independiente por prestación de servicio ☐	CÓDIGO FECHA DE LA SOLICITUD DÍA MES AÑO

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO <u>Zapata</u> SEGUNDO APELLIDO <u>Corredor</u> PRIMER NOMBRE <u>Cesar</u> SEGUNDO NOMBRE <u>Augusto</u>	7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD R.C. ☐ T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD <u>1006731836</u>	9. SEXO F ☐ M ☒	10. FECHA NACIMIENTO <u>20 09 00</u>
11. ORIGEN ÉTNICO Código	12. DISCAPACIDAD Tipo F ☐ N ☐ M ☐ Condición T ☐ P ☐	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN <u>100</u>	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL <u>N/A</u>	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC <u>111330</u>	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA <u>C/13 #119 30</u>	LOCALIDAD / COMUNA <u>Victoria</u>	BARRIO <u>Regia</u>
CIUDAD / MUNICIPIO <u>Getaria</u>	DEPARTAMENTO <u>Amazonas</u>	ZONA U. ☒ R. ☐	TELÉFONO FIJO	CÓDIGO IPS <u>8406</u>
TELÉFONO MÓVIL <u>3212542396</u>	CORREO ELECTRÓNICO			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ S.C. ☐ P.E. ☐	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO F ☐ M ☐	23. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO	CÓDIGO IPS
--	--	-----------------------------------	---	-------------------------------------	------------

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CN RC TI CC CE PA SC PE	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F ☐ M ☐	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo Condición
1	CN RC TI CC CE PA SC PE						F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐
2	CN RC TI CC CE PA SC PE						F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐
3	CN RC TI CC CE PA SC PE						F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐
4	CN RC TI CC CE PA SC PE						F. ☐ N. ☐ M. ☐ T. ☐ P. ☐
32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio. Departamento Zona Teléfono Fijo Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVICIO AVANZADO POR SNS		NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL	
1					I. ☐ II. ☐		
2					I. ☐ II. ☐		
3					I. ☐ II. ☐		
4					I. ☐ II. ☐		

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ C.D. ☐ N.I. ☐ P.E. ☐	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN CIUDAD / MUNICIPIO DEPARTAMENTO TELÉFONO FIJO TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL DÍA MES AÑO	CARGO	SALARIO	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐ 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN ☐ 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐ 4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS ☐ 5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐ 6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS ☐ 7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐	8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES ☐ 9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR ☐ 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO ☐ 11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐ 12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS ☐	13. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO ☐ B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO ☐ 14. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN ☐ B) DIFERENTE RÉGIMEN ☐ 15. REPORTE DE FALLECIMIENTO ☐ 16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE ☐ 17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO ☐ 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO ☐
---	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE	42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO COBERTURA GEOGRÁFICA UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN SERVICIO AVANZADO POR SNS	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
--	--	----------------------------	--	--

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. ☐

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 que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad ☐

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio
--	---

IX. ANEXOS

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

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 ficha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐	68. Fecha de radicación DÍA MES AÑO	69. Fecha de validación DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre	71. Firma del funcionario		
OBSERVACIONES:			



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) CESAR AUGUSTO ZAPATA CARIHUASARI identificado(a) con CC 1006731836 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 03/02/2022

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA

Categoría: SISBEN_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 7 días del mes 1 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CESAR AUGUSTO ZAPATA CARIHUASARI, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.731.836**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir. ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CESAR AUGUSTO ZAPATA CARIHUASARI** identificado con CC No. **1006731836**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE LETICIA - NI. 899999302	Fecha de inicio de cobertura: 14/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 02/01/2025 Fecha fin de Contrato: 30/06/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 2

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012489450.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
NIT. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (801) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (801) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



ASESORIA EN RIESGOS LABORALES
NIT. 71655.368-4

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

ENTIDAD		CIUDAD		FECHA DEL EXÁMEN	
ALCALDIA DE LETICIA		LETICIA		07	01 2025
DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE					
Nombres y apellidos: (2151)		SEXO.	EDAD:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
CESAR AUGUSTO ZAPATA CARIHUASARI		M	24	C.C.	C.E 1006731836
CARGO : ALMACENISTA			FECHA DE NACIMIENTO: 20/ 09/ 2000		
MOTIVO DE EVALUACION					
INGRESO	X	REINTEGRO		CAMBIO DE OCUPACION	
PERIODICO		REUBICACION		TRASLADO CIUDAD	
EGRESO		POST-INCAPACIDAD		OTROS	
CLASIFICACION DE APTITUD					
INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
APTO SIN RESTRICCIONES	X	CONTINUA EN EL CARGO		SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES		REUBICAR TRABAJADOR		NO SATISFACTORIO	
APLAZADO		TEMPORAL	PERMANENTE	VALORACION POR EPS	
TRABAJOS ESPECIALES (APTO O NO APTO)					
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	*****	TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	*****	ESPACIOS CONFINADOS	*****
SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS					
EMO: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MA: MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS					
EMO	X	EMO ENFASIS ALTURA		EMO ENFASIS MA	
OPTOMETRIA		ELECTROCARDIOGRAMA		KOH DE UÑAS	
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		COPROLOGICO	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		FROTIS DE GARGANTA	
VAL. OSTEOMUSCULAR	X	CUADRO HEMATICO		PARCIAL DE ORINA	
OTROS: *****					
RESTRICCIONES					

INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA					
CONSERVACION VISUAL		CARDIOVASCULAR		PSICOSOCIAL	
CONSERVACION AUDITIVA		ERGONOMICO		BIOLOGICO	
RECOMENDACIONES GENERALES					
CONTROL PERIODICO POR EPS	X	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL		CONTINUAR MANEJO MEDICO	
UTILIZAR EPP	X	EJERCICIO REGULAR	X	MEJORAR HABITOS	X
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS					
VALORACION X NUTRICIONISTA Y CONTINUAR CONTROLES POR ODONTOLOGIA X EPS. SUBIR DE PESO, MEJORAR POSTURAS					
USAR ELEMENTOS DE PROTECCION Y BIOSEGURIDAD PERSONAL ADECUADOS, OPORTUNOS Y ESPECIFICOS PARA EL CARGO					
CONTROL Y MANEJO D RIESGO FISICO (ALTA TEMPERATURA) HIDRATAR , LUBRICAR Y PROTEGER LA PIEL PERMANENTEMENTE					
CORREGIRO PROBLEMA DE REFRACCON, REALIZAR CONTROL OPTOMETRICO ANUAL, CAPACITAR TRABAJOS SEGUROS EN ALTU					
RAS , ENFASIS OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO:*****					

NOTA: Se expide la certificación con base a la Historia Médica Ocupacional, la cual es de carácter confidencial (Resol. 2346 del 2007)

TRABAJADOR:

FIRMA:
C.C. N°


1006731836



MEDICO: DR. FRANCISCO A. BETANCOURT P.
MEDICO CIRUJANO
R.M. 97324 MINSALUD
ESPECIALISTA S.G.S.S.T.
RENOVACION L.O. 3250 NACIONAL
RES. AMAZONAS 617

FIRMA:

SELLO: RM 97324, LSO 3250, RMA 617.

TRABAJAMOS PARA GARANTIZAR EL BIENESTAR DE LOS EMPLEADOS

CARRERA 8 N°9-37 SALUD OCUPACIONAL BARRIO CENTRO
Francisobetancourt2014@gmail.com Celular: 312-5063003
LETICIA-AMAZONAS-COLOMBIA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **CESAR AUGUSTO ZAPATA CARIHUASARI** identificado(a) con **cedula de ciudadanía número 1.006.731.836** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130506000200364397** aperturada el **22 de diciembre de 2020**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **506364397**

10 dígitos: **0506364397**

16 dígitos: **0506000200364397**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **02 de enero de 2025** a las **14:02**, con destino a **Quien Interese**.

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA