

CERTIFICACION DE TRABAJO

Por este medio y a solicitud de la parte interesada, hacemos constar que el Señor **Pablo Antonio Pimentel Marin**, con cédula de identidad personal No.6-85-484 y Seguro Social No.6-85-484 laboró para esta Empresa desde 05 de Marzo de 1998 hasta el 31 de mayo de 2023, en la Sucursal de chorrera

El Señor **Pimentel** desempeñó el cargo de:

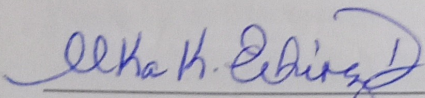
Operador de Montacarga

Certificación expedida en Panamá, a los 30 días del mes de mayo de 2023.

Atentamente,

METALES PANAMERICANOS, S. A.

Ruc. 33739-33-253068 D.V. 07



LIC. ILKA KARIM ECHEVEZ DOMINGUEZ
JEFE GENERALISTA REC.HUMANOS

Lo/



Transistmica
T. 300-7777

Chorrera
T. 244-0355

Divisa
T. 976-1963

David
T. 774-0224

PABLO ANTONIO PIMENTEL MARIN

Dirección: La Chorrera, Naos

Cel: 6756-4132 / 6370-8569



Objetivo: Formar parte de una empresa en la que pueda poner en práctica todos mis conocimientos, que me brinde la oportunidad de alcanzar todas mis metas trazadas, y que me ofrezca la oportunidad de crecer en el área laboral, personal e intelectual.

DATOS PERSONALES:

❖ Cédula:	6-85-484
❖ Fecha de Nacimiento:	15 de diciembre del 1974
❖ Edad:	48 Años
❖ Sexo:	Masculino
❖ Estado Civil:	Casado
❖ Nacionalidad:	Panameño
❖ Disponibilidad:	Inmediata
❖ Dependientes:	2 Hijos

FORMACIÓN ACADÉMICA:

Secundaria: I.A.J.N. Atalaya Santiago de Veraguas

VI Año

EXPERIENCIA LABORAL:

Metalpan Chorrera	1998-2023
El Machetazo	Marzo - Septiembre 2024

CONOCIMIENTO Y HABILIDADES:

Operador de Montacarga
Operador de Maquinaria Agrícola
Conocimiento General de Construcción
Acero - Perfiles, Zinc y Carriolas

APTITUDES:

Responsable, Honesto, Puntual, Proactivo

Aspiración de Cargo: Ayudante General



MINISTERIO
DE SALUD

REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD

CERTIFICADO DE BUENA SALUD No 1037669

Centro de Salud: EMILIANO PONCE JAEN

Nombre: PABLO PIMENTEL

Nacionalidad: PÑA Cédula 6-85-484

Domicilio: CHORRERA

Lugar de Trabajo: EL MACHETAZO

Expedido: 3/7/2024 Expira: 3/7/2025

Firma del Director Médico



REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

MINISTERIO
DE SALUD

REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD

CERTIFICADO DE BUENA SALUD No 935034

Centro de Salud: CHORRILLO

Nombre: PABLO PIMENTEL

Nacionalidad: PANAMEÑA Cédula 6-85-484

Domicilio: LA CHORRERA

Lugar de Trabajo: TRANSMON

Expedido: 16-06-24 Expira: 16-06-24

Firma del Director Médico



REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

TARJETA DE REGISTRO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO (A)

APELLIDO: Pimentel PATERNO: Youn MATERNO: Pollo NOMBRE: Youn Pollo

F.NAC: 15-12-74 DIA: 15 MES: 12 AÑO: 74 SEXO: F M

NO. CÉDULA: 6-85-484 Nº S.S. 55

DIRECCIÓN: _____

NO DE CASA: _____ TELÉFONO: _____

M.R.	TDAP
1ra.	1ra.
Ref.	ANTI F. AMARILLA
INFLUENZA	1ra.
1ra. <u>2/6/03</u> 4ta.	HEPATITIS A
2da. 5ta.	1ra.
3ra. 6ta.	ANTIRRABICA HUMANA
HEPATITIS B	1º 4º 7º
1ra. 2do.	2º 5º 8º
Ref.	3º 6º 9º
TD ADULTO	NEUMOCOCO CONJUGADO
1era.	1ra.
2da.	NEUMOCOCO POLISACARIDO
Ref.	1ra. 2da.
VARICELA	CORONAVIRUS
1ra. Ref.	1ra. 2da.
OTRAS	Lote: Lote:

REPUBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

TARJETA DE REGISTRO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO (A)

APELLIDO: Pablo Pimentel PATERNO: 15/12/1974 MATERNO: 15/12/1974 NOMBRE: 15/12/1974

F.NAC: 15/12/1974 DIA: 15 MES: 12 AÑO: 74 SEXO: F M

NO. CÉDULA: C-85-484 Nº S.S. 55

DIRECCIÓN: 29 Neos

NO DE CASA: _____ TELÉFONO: 60-729199

M.R.	TDAP
1ra. <u>16/6/23</u>	1ra.
Ref.	ANTI F. AMARILLA
INFLUENZA	1ra.
1ra. <u>2/6/21</u> 4ta.	HEPATITIS A
2da. <u>2/6/23</u> 5ta.	1ra. <u>16/6/23</u>
3ra. 6ta.	ANTIRRABICA HUMANA
HEPATITIS B	1º 4º 7º
1ra. 2do.	2º 5º 8º
Ref.	3º 6º 9º
TD ADULTO	NEUMOCOCO CONJUGADO
1era. <u>16/6/23</u>	1ra.
2da. <u>16/7/23</u>	NEUMOCOCO POLISACARIDO
Ref.	1ra. 2da.
VARICELA	CORONAVIRUS <u>PF12ER</u>
1ra. Ref.	1ra. <u>6/8/21</u> 2da. <u>2-9-21</u>
OTRAS	Lote: <u>ED2208</u> Lote: <u>FF8840</u>

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
TARJETA DE REGISTRO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

APELLIDO: Pimentel PATERNO: Henrry MATERNO: Pablo NOMBRE: Pablo

F.NAC: 15-12-74

NO. CÉDULA: 6-85-484 Nº S.S. 01 SEXO: M

DIRECCIÓN: _____ NO. DE CASA: _____ TELÉFONO: _____

M.R.		TDAP	
1ra		1ra	
Ref		ANTI F. AMARILLA	
INFLUENZA		1ra	
1ra	<u>2/6/03</u> 4ta	HEPATITIS A	
2da	5ta	1ra	
3ra	6ta	ANTIRRABICA HUMANA	
HEPATITIS B		1º	4º 7º
1ra	2da	2º	5º 8º
Ref		3º	6º 9º
TD ADULTO		NEUMOCOCO CONJUGADO	
1era		1ra	
2da		NEUMOCOCO POLISACARIDO	
Ref		1ra	2da
VARICELA		CORONAVIRUS	
1ra	Ref	1ra	2da
OTRAS		Lot:	Lot:

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
TARJETA DE REGISTRO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO (A)

APELLIDO: Pimentel PATERNO: Pablo MATERNO: Pablo NOMBRE: Pablo

F.NAC: 15/12/1974

NO. CÉDULA: C-85-484 Nº S.S. _____ SEXO: F M

DIRECCIÓN: 29 No 05

NO. DE CASA: _____ TELÉFONO: 60-7291-99

M.R.		TDAP	
1ra	<u>16/6/23</u>	1ra	
Ref		ANTI F. AMARILLA	
INFLUENZA		1ra	
1ra	<u>21/9/21</u> 4ta	HEPATITIS A	
2da	<u>22/6/23</u> 5ta	1ra	<u>-16/6/23</u>
3ra	6ta	ANTIRRABICA HUMANA	
HEPATITIS B		1º	4º 7º
1ra	2da	2º	5º 8º
Ref		3º	6º 9º
TD ADULTO		NEUMOCOCO CONJUGADO	
1era	<u>16/6/23</u>	1ra	
2da	<u>16/7/23</u>	NEUMOCOCO POLISACARIDO	
Ref		1ra	2da
VARICELA		CORONAVIRUS <u>PFIZER</u>	
1ra	Ref	1ra	<u>6/8/21</u> 2da <u>29-21</u>
OTRAS		Lot:	Lot: <u>FF8840</u>