

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ENCONTRARSE INCURSO  
EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR**

Lebrija, día 03 del mes de ENERO de 2022

Doctor

**LUIS FERNANDO MANOSALVA VARGAS**

Gerente General

Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios de Lebrija ESP

Ciudad

**REFERENCIA:** Declaración de no incursión en inhabilidades e incompatibilidades


El suscrito Diana María Mancilla, identificado con la cedula de Ciudadanía No. 28215095 de Lebrija y Tarjeta Profesional No. NO APLICA de NO APLICA, declaro bajo la gravedad de juramento, que soy legalmente capaz y que no me hallo incursión en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley para contratar y, que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad o incompatibilidad, seré responsable frente a la EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA, y frente a terceros por los perjuicios que se ocasionen durante la ejecución del contrato.

Diana María Mancilla

Nombre del contratista

C.C. 28.215095

Tarjeta profesional N° NO APLICA

 <b>El servicio público es de todos</b>	<b>FORMATO ÚNICO</b> <b>HOJA DE VIDA</b> Persona Natural (Leyes 19C de 1995, 489 y 443 de 1996)	ENTIDAD RECEPTORA _____

### 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MANCILLA		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) SIERRA		NOMBRES DIANA MARIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C.	C.E.	PAS	No. 26219095	F	M
			COL.	EXTRANJERO	
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE		SEGUNDA CLASE		NÚMERO	
				D.N.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DÍA 02	MES 12	AÑO 1981	CALLE 16 N° 13A-26 LOS PINOS casa LOS PINOS	
PAÍS	Colombia		DEPTO	Santander	
DEPTO	Santander		MUNICIPIO	LEBRÚA	
MUNICIPIO	LEBRÚA		TELÉFONO	3212410025	EMAIL dianalib1205@gmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no válida.

### 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10. A 60. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 60. A 110. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO		
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA				FECHA DE GRADO		
10.	20.	30.	40.	50.	60.	70.	80.	90.	10.	X	MES DE	AÑO 2018
										X		

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no válida.

### 3 EXPERIENCIA LABORAL

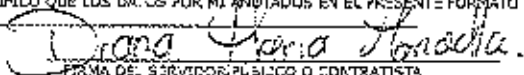
RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRÚA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO LEBRÚA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD secret@legral@empulebrja.gov.co	
TELÉFONOS 6567829	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 01 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR PRESTACIÓN DE SERVICIOS	DEPENDENCIA OPERATIVA	DIRECCIÓN calle 10 N 9-73 torre park	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios de Lebrúa	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO LEBRÚA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dianalib1205@gmail.com	
TELÉFONOS 6567828	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 01 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO conductor PRESTACIÓN DE SERVICIOS	DEPENDENCIA TRANSPORTE	DIRECCIÓN calle 10 N° 9-73 centro	

### 4 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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_

  
 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no válida.



FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA  
EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE LEONIA

Período a declarar:

Desde 01-07-2021 Hasta 31-12-2021

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, **MANCILLA SIERRA DIANA MARIA**

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. OTRO No. 28215395 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: CALLE 16 N° 134-26 LOS PINOS casa LOS PINOS TELÉFONOS 3212440023

MUNICIPIO LEONIA DEPARTAMENTO Santander PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS):

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
SIERRA RODRIGUEZ ISABEL	CC 2821192	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN, PARA RETIRARME, PARA ACTUALIZACIÓN, PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	0
DESANTÍAS E INTERESES DE DESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
OTROS INGRESOS LABORALES	284.000,000
TOTAL INGRESOS NO LABORALES	0
<b>TOTAL</b>	<b>284.000,000</b>

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CAUDAL DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CAUDAL DE SOCIO

c) En la actualidad: SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			N°
	C.C.	C.E.	OTRO	

2. ACTIVIDADES ECONÓMICAS PRIVADAS

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

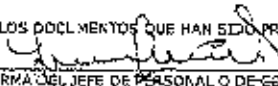
*Diana María Mancilla*  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CUIDAD Y FECHA

**S 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no válida.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 01-800917770 PÁGINA WEB: [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co)



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
y en su nombre

**EL CENTRO EDUCATIVO  
MÁS QUE VENCEDORES**

**Floridablanca - Santander**

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según  
Resolución No 0988 del 28 de Diciembre de 2011.

Confiere a:

**DIANA MARIA MANCILLA SIERRA**

Identificación con C.C. 28.215.095 de Lebrija

El título de:

**BACHILLER ACADÉMICO**

Ciclos Lectivos Especiales Integrados - C.L.E.I.

Por haber aprobado y alcanzado los logros de aprendizaje general  
correspondientes al nivel de educación media, de acuerdo al Proyecto  
Educativo Institucional P.E.I. del Colegio.



David Jacinto Lopez Lopez  
Secretario General

Esteban Pultrone Corredor  
Rector

Código Dane: 366270000013

Acreditado en el control interno del plan del

Libro 007, folio 30, diploma 15

Emiso en Floridablanca a 26 de Agosto del año 2012

No requiere registro, según decreto 821 del 6 de mayo de 1984



CENTRO EDUCATIVO MAS QUE VENCIDORES  
CALDAS

Floridablanca, Santander

CODIGO RAON 362760323

En la ciudad de Floridablanca, departamento de Santander, república de Colombia, a los 03 días de mes de julio del año 2018, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos rector (s) y secretaria en la rectoría del CENTRO EDUCATIVO MAS QUE VENCIDORES institución aprobada en el nivel de educación media académica en educación de adultos mediante el decreto 3017 de la ley General de educación (115) y autorizada por la secretaria de educación municipal, según resolución 0988 del 28 de diciembre de 2011, para otorgar el título de bachiller en la modalidad académica.

Comprobada situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, se procedió a otorgar el título de bachiller académico al graduando cuyos nombres, apellidos y números del documento de identidad se relacionan a continuación:

**DIANA MARIA MANCILLA SIERRA**

Identificado con C.C. 28.215.095 de Lebrija

Es fiel copia del acta General de grado, N°. 002 del 26 de agosto de 2018, que consta de 40 estudiantes, que comienza con el nombre de CHACON RUBEN y finaliza con VILLAMIZAR ALEXANDER.

Firmada y sellada por EMILSEN PEDRAZA CORREDORES (Rector) y DAVID LEONARDO LÓPEZ LÓPEZ (secretaria).

Dada en Floridablanca a los 26 días del mes de Agosto de 2018

Firmas registradas en la secretaria de Educación del municipio de Floridablanca y Notaría Segunda de Floridablanca (Cañaveral)

EMILSEN PEDRAZA CORREDORES

Rector  
C.C. 22.152.100 de Qibón

DAVID LEONARDO LÓPEZ LÓPEZ

Secretaria  
C.C. 23.541.198 de Bucaramanga

ACTA DE GRADO



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTES

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Nº. 26215065

NOMBRE  
DIANA MARÍA MANGILLA SIERRA  
FECHA DE NACIMIENTO  
02-10-1981  
FECHA DE EMISIÓN  
05-01-2020  
ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

SECCIÓN  
A



SEVENEDOTRANSPORTES.COM  
ESTRATA 600 PAL. TIOYITE GIRÓN

CATEGORÍAS AUTORIZADAS			
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VIGENCIA
A2	VEHÍCULO AUTOMÓVIL DE PASAJEROS DE CATEGORÍA A2	05-01-2020	05-01-2025
B2	VEHÍCULO AUTOMÓVIL DE PASAJEROS DE CATEGORÍA B2	05-01-2020	05-01-2025
C2	VEHÍCULO AUTOMÓVIL DE PASAJEROS DE CATEGORÍA C2	05-01-2020	05-01-2025



LCC2004265340



Consulta Personas

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

NOMBRE COMPLETO:

**DIANA MARIA MANCILLA SIERRA**

DOCUMENTO:

**C.C. 28215095**

ESTADO DE LA PERSONA:

**ACTIVA**

ESTADO DEL CONDUCTOR:

**ACTIVO**

Número de inscripción:

**2100026**

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

**04/01/2010**

Licencia(s) de conducción

Multas e infracciones



Información solicitudes rechazadas por SIQOV

Información Certificados Médicos

Pagos Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV)

Certificados de aptitud en conducción

Información solicitudes





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

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

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	28215096
NOMBRES	DIANA MARIA
APELLIDOS	MANCILLA SIERRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	LEBRIJA

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	10/08/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 01/03/2022 17:45:28 | Estación de origen: 192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

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



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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.802-6

**CERTIFICA QUE:**

**DIANA MARIA MANCILLA SIERRA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.215.095**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



I. TRAMITE			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales. Mediante resolución No. 2256 de octubre 14 de 1994
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	
AFILIACIÓN	ARL NO DEFINIDA	03/31/2022 17:09:49	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	630137201	ESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA ESP	CL 10 9 75	101175

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	EMPRESAS DEDICADAS A TRANSPORTE MUNICIPAL	4634102	4
DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
CALLE 11 # 8 -73	LEBRÍJA	Santander	

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CC	28215095	MANCILLA	SIERRA		
NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN RESIDENCIA		
JANA MARIA	27/2/1981		CALLE 15 # 13A-25		
Ciudad de residencia	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
LEBRÍJA	6567823	3212410020	janmle1205@gmail.com	F	
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA			
vereda el oso		Rural			
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
Nueva EPS	37	Povarlar	3		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN			FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO	
Mes Antelapado			4/1/2022	27300030	
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	3/1/2022	31/12/2022	SI		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			
0	2300000	1000000			
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes	NO DEFINIDO	Voluntario	NO DEFINIDA		
ACTIVIDAD A DESARROLLAR		CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR		
EMPRESAS DEDICADAS A LA CAPTACIÓN, DEPJR		3410001	3		

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 03/01/2022 17:09:49. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



HORARIO EN QUE SE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																								
Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGSRP POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES**

NOMBRE DE LA ARL	COGIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1285 DE 1994, LA LEY 775 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMÁS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGSRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICIÓN DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLE LAS MISMAS, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL		FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL
NOMBRE:	FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE		NOMBRE:








**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

N° 58.346

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
26 DÍA	10 MES	2021 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)			<b>EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</b>
			Ciudad			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
<b>PARTICULARES CONTADO</b>				<b>PARTICULARES</b>		
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)						
<b>MANCILLA SIERRA DIANA MARIA</b>				Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres				FEMENINO	39 AÑOS 10 MESES 24 DÍAS	CC 28215095
Cargo						
<b>INDEPENDIENTE</b>						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
<b>APTO CON RESTRICCIONES/RECOMENDACIONES</b>						
Observaciones: <i>NO APLICA</i>						
<b>SI</b>	<b>APTO PARA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS</b>					
<b>RESTRICCIONES LABORALES</b>		<b>TIPO</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>		
CARGAS		TEMPORAL		PUEDE MANIPULAR CARGAS HASTA 7 KGS DE PESO		
DESPLAZAMIENTOS		TEMPORAL		PUEDE CAMIONAR POR TERRENOS PLANOS PERO ESTABLES VELOCIDAD TOLERABLE PARA EL TRABAJADOR PPR TRAYECTOS CORTOS( HASTA 20 MINUTIS CONTINUOS , HACER PAUSA Y REINICIAR)EVITANDO LAS PENDIENTES Y LOS TERRENOS INESTABLES.		
POSTURAS		TEMPORAL		PUEDE TRABAJAR DE PIE PERO ALTERNANDO LA POSTURA DE BIPEDESTACIONA SEDESTACION CADA HORA		
DESPLAZAMIENTOS		TEMPORAL		PUEDE SUBIR Y BAJAR ESCALERAS SIN LLEVAR CARGAS EN LAS MANOS NO MAS DE UN PISO CONTINUO SIEMPRE QUE NO SEA FRECUENTE CON PRECAUSION APOYO EN LAS BARANDAS		
MOVIMIENTOS		TEMPORAL		EVITAR ACTIVIDADES DONDE TENGA QUE CORRER SALTAR, TREPAR SUBIR ESCALERAS DE MANO O QUE TENGA QUE HACER APOYO EN A PIERNA DERECHA		
ALTURAS		TEMPORAL		EVITAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN TRABAJO EN ALTURAS O ADOPTAR POSICION DE RODILLAS O CUNCLILLAS		
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>						
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓ PARACLINICOS (AUDIOMETRÍA) ✓		
✓ PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)				✓ PRUEBAS PARA CONDUCCIÓN (PRUEBA PSICOSENSOMETRICO) ✓		
<b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>		<b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>		<b>HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>		
VALORACIÓN POR EPS - VALORACIÓN NUTRICIONAL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES		
ESPECIALISTA : CONTROL PERIODICO CON ORTOPEDIA		SVE CARDIOVASCULAR		CONTROL DE PESO		
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE		
		SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA SALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>						

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES LABORALES. PRESENTA ANTECEDENTES DE PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR CORREGIDO QUIRURGICAMENTE CON ACEPTABLE EVOLUCION CLINICA. SE LE DAN RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES LABORALES POR 3 MESES PARA PERMITIRLE UNA ADECUADA RECUPERACION. ASISTIR A CONTROL PERIODICO INDICADO POR ESPECIALISTA TRATANTE Y EN CASO DE QUE PRESENTASE ALGUNA NOVEDAD RESPECTO A SU EVOLUCION CLINICA ASISTIR A REEVALUACION POR MEDICINA LABORAL CON HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA PARA REVISAR VIGENCIA DE RESTRICCIONES DE ACUERDO A SU EVOLUCION CLINICA. HACER EXTENSIVO EL CUMPLIMIENTO DE LAS RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES LABORALES A LAS ACTIVIDADES LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS EXTRALABORALES. SE LE RECOMIENDA CONTINUAR CON EL USO DE LOS EPP DE ACUERDO A LOS FACTORES DE RIESGO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN MIEMBROS INFERIORES, MANTENER BUENA HIGIENE POSTURAL, PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGUN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. MEDIDAS PREVENTIVAS COVID 19: DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS Y LAVADO FRECUENTE DE MANOS.

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 verdaderas. 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**

*Medicina*

Firma:

Nombre: SANCHEZ MARTINEZ MARCO ANTONIO

R. M.: 00274

L.S.O.: 21992



Código de Seguridad  
E99K1Q58346

**Aspirante o Trabajador**

*Diana María Mancilla*

Firma:

Nombre: MANCILLA SIERRA DIANA MARIA

CC: 28215095

SEDE: PRINCIPAL CARRERA 29 940-44 BUCARAMANGA - COLOMBIA TELÉFONOS: 3162731423



## EXAMEN DE PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)

DATOS PERSONALES		Atención N°: 14.802
Fecha: 26/10/2021	Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	CC: 28215085
Nombre: MANCILLA SIERRA DIANA MARIA	Edad: 39 AÑOS 1	
Genero: FEMENINO	Profesión o Cargo: INDEPENDIENTE	Empresa: PARTICULARES
Eps:	Tipo Evaluación Médica: EMO EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	F. Último Examen: 01/2020
Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA	Motivo Consulta: EXAMEN INGRESO	

ANTECEDENTES VISUALES	
ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENYES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

### PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA
ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO USA	N/A	N/A	
O.I:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	
A.O:	NO APLICA	20/20	20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	

EXAMEN EXTERNO
OJO DERECHO: NORMAL
OJO IZQUIERDO: NORMAL

REFLEJOS
OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST
VISIÓN LEJANA: NORMAL
VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR
OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA
OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA
OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL
OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

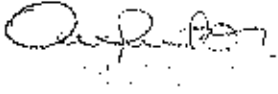
QUERATOMETRÍA
OJO DERECHO: K' =
OJO IZQUIERDO: K' =

REFRACCIÓN		
OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ 20
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ 20

RX FINAL			
OJO DERECHO	NEUTRO	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 20
OJO IZQUIERDO	NEUTRO	AV VL 20/ 20	AV VP 20/ 20

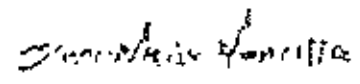
<b>VISIÓN COLOR</b>				
OJO DERECHO: NORMAL				
OJO IZQUIERDO: NORMAL				
<b>ESTEREOPSIS</b>				
OBSERVACIÓN: NORMAL				
<b>CÓDIGO</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>OJO</b>	<b>ORIGEN</b>	<b>TIPO</b>
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES</b>				
CONTROL EN UN AÑO				
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL				
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS				
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:</b>				

OPTOMETRA



Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: OVALLE PINTO NARGI  
 R. M.: 15233-06 L.S.O.: \_\_\_\_\_

PACIENTE



Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: MANCILLA SIERRA DIANA MARIA  
 CC: 28216085



**AUDIOMETRIA**

<b>DATOS PERSONALES</b>		Atención N°: 13994
Fecha: <u>26/10/2021</u>	Ciudad: <u>BUÇARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)</u>	
Tipo Exámen: <u>EMQ EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO</u>		Fps: _____
CC: <u>28215095</u>	Nombre: <u>MANCILLA SIERRA DIANA MARIA</u>	Edad: <u>38 AÑOS 10</u> Género: <u>FEMENINO</u>
Fecha Nacimiento: <u>02/12/1981</u>	Empresa: <u>PARTICULARES</u>	Ocupación: <u>INDEPENDIENTE</u>

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES					
Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
INDEPENDIENTE	CONDUCTORA	NINGUNA	NO APLICA	2	0

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO
TRAUMA	NO	ACÚFENOS	NO
QUIRUGÍA	NO	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO		

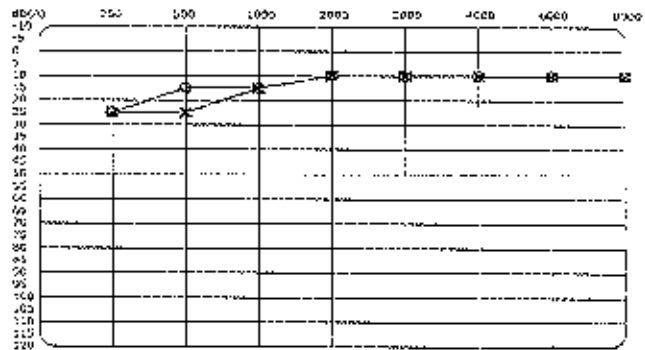
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL			
Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO	POLIGONO	NO
MOTO	A VECES	AUDÍFONOS	NO
DISCOTECA	NO	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA			
Descanso auditivo (Horas):	<u>12 Hora(s)</u>	Realizó re test:	<u>SI</u>
Marca y Referencia audiométrico utilizado:	<u>LARSON DAVIS</u>	Uso Cabina Sonozmortiguada:	<u>SI</u>
		F. Última Calibración:	<u>2018-10-18</u>

- : Vía aérea del OD
- : Vía aérea del OI
- : Vía ósea del OD (sin enmascarar OD)
- : Vía ósea del OI (sin enmascarar OI)

OTOSCOPIA	
Oído derecho:	NORMAL
Oído izquierdo:	NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VACD	25	15	15	10	10	10	10	10
VAOI	25	25	15	10	10	10	10	10



SEVERIDAD - CAOHC				
Oído derecho:	Normal(0 - 25 dB)		Oído izquierdo:	Normal(0 - 25 dB)
Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones
AUDICIÓN NORMAL BILATERAL.

FONOAUDIÓLOGO

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: CARRERO MANTILLA NUBIA  
R. M.: 00314 L.S.O.: \_\_\_\_\_

TRABAJADOR

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: MANCILLA SIERRA DIANA MARIA  
CC: 28215095



**RESOLUCION**

CÓDIGO	AP-JC-RG-89
VERSIÓN	5
FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
PÁGINA	1 de 1

**RESOLUCION NÚMERO 75-21982 DE 30 DIC 2015**

**POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79.295.545 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1:** Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ. - MEDICINA GENERAL -. ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO,** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 79.295.545, en las áreas de Medicina General en Seguridad y Salud en el trabajo, investigación en área técnica, investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

**ARTÍCULO 2:** La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

**ARTÍCULO 3:** Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

**ARTÍCULO 4:** Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

**ARTÍCULO 5:** Contra la presente Resolución procede los recursos legales

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los 30 de Diciembre de 2015

**LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO**  
 Secretario de Salud Departamental