

		<b>Formulario del Registro Único Tributario</b>		<b>001</b>	
2. Concepto <b>0 2</b> Actualización			4. Número de formulario <b>14798070312</b>		
5. Número de identificación Tributaria (NIT) <b>5 6 7 2 4 3 5 1</b>			6. DV <b>1</b>		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga
14. Buzón electrónico <b>4</b>					
<b>IDENTIFICACIÓN</b>					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida <b>2</b>		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía <b>1 3</b>		26. Número de identificación <b>5 6 7 2 4 3 5</b>	
27. Fecha expedición <b>1 9 8 7 0 4 1 0</b>		28. País COLOMBIA		29. Departamento Santander	
30. Ciudad/Municipio Lebrija <b>4 0 6</b>		31. Primer apellido DELGADO		32. Segundo apellido VARGAS	
33. Primer nombre HIPOLITO		34. Otros nombres		35. Razón social	
36. Nombre comercial			37. Sigla		
<b>UBICACIÓN</b>					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Santander		40. Ciudad/Municipio Lebrija <b>4 0 6</b>	
41. Dirección principal CR 8 9 99					
42. Correo electrónico <b>pastorhipolitodelgado@gmail.com</b>					
43. Código postal		44. Teléfono 1 <b>3 1 7 5 4 3 1 1 9 5</b>		45. Teléfono 2	
<b>CLASIFICACIÓN</b>					
Actividad económica			Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código <b>9 6 0 9</b>	47. Fecha inicio actividad <b>2 0 2 1 1 1 2 2</b>	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código <b>1 2</b>	51. Código
52. Número establecimientos					
<b>Responsabilidades, Calidades y Atributos</b>					
53. Código <b>4 9</b>					
49 - No responsable de IVA					
Obligados aduaneros			Exportadores		
54. Código <b>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</b> <b>11 12 13 14 15 16 17 18 19 20</b>			55. Forma	56. Tipo	Servicio <b>1 2 3</b>
			57. Modo	58. CPC	
<b>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</b>					
<b>Para uso exclusivo de la DIAN</b>					
59. Anexos <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		60. No. de folios: <b>4</b>		61. Fecha <b>2021 - 11 - 22 / 08 : 58: 24</b>	
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. Párrafo del artículo 1.5.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre <b>ORTIZ BUENO GERMAN DARIO</b> 985. Cargo <b>Gestor I</b>		



CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER  
DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NIT 7929554-5  
La Salud con Calidad Humana  
Calle 13 No. 11-48, Lebrija, Santander  
3188798450  
marco-3705@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRUJA, SANTANDER FECHA: 29 11 2021  
EXAMEN: PREINGRESO  PERIÓDICO  EGRESO   
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 5.672.435 DE LEBRUJA, SANTANDER  
NOMBRES Y APELLIDOS: HIPOLITO DELGADO VARGAS  
SEXO: F  M  EDAD: 53 AÑOS ESTADO CIVIL: CASADO (A)  
GRADO DE ESCOLARIDAD  
BÁSICA  MEDIA  TÉCNICA/TECNOLÓGICA  UNIVERSITARIA  POSTGRADO   
TÍTULO: BACHILLER ACADÉMICO  
EMPRESA: EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRUJA E.S.P. NIT: 800137201-5  
CARGO: FONTANERO FECHA DE INGRESO: 29/11/2021

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO  OPERATIVO  COMERCIAL   
BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) \_\_\_\_\_

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL  AUDIOMETRÍA  VISIOMETRÍA   
ESPIROMETRÍA  VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA  OPTOMETRÍA   
E.M.O ENFASIS OSTEOMUSCULAR  OTROS: \_\_\_\_\_

CONCEPTO MÉDICO DE AFITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES  APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR   
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR  ENFERMEDAD PROFESIONAL   
APTO CON RESTRICCIONES LABORALES  ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO   
APLAZADO  EGRESO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL  HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES   
CONTROL AUDITIVO ANUAL  REDUCIR Y CONTROLAR EL PESO CORPORAL   
REALIZAR EJERCICIO AL MENOS TRES VECES POR SEMANA  PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL   
UTILIZAR DE FORMA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL  NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMITIDOS PARA EL   
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL   
CRONOGRAMA DE LA EMPRESA  TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS  
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES  CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOPROTECCIÓN PARA   
LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19   
ADOPTADOS Y ADECUADOS POR LA EMPRESA

Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis en Osteomuscular sin restricciones para el cargo. Presenta antecedentes de patología Cardiovascular y Metabólica que no representan restricción para su cargo. Se recomienda valoración nutricional, control periódico RCV en su EPS e incluir en el sistema de vigilancia epidemiológico cardiovascular en su empresa. Paciente presenta condición de riesgo cardiovascular, se encuentra dentro de la población de riesgo de complicaciones en caso de infección por SARS-COV-2 (COVID-19), quién puede realizar actividad laboral con estricto cumplimiento de medidas preventivas y adherencia a lineamientos establecidos por Ministerio de Salud ante contingencia COVID-19. No requiere aislamiento preventivo.

REMISIONES

V/N NUTRICIONISTA \_\_\_\_\_  
V/N MEDICINA GENERAL \_\_\_\_\_  
EPS \_\_\_\_\_ ARL \_\_\_\_\_  
V/N OPTOMETRÍA \_\_\_\_\_

INGRESO A PVE

CARDIOVASCULAR  PSICOSOCIAL   
OSTEOMUSCULAR  VISUAL

Consentimiento informado del Asistente 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 oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitación y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de los medios 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

Aspirante o Trabajador

Firma: [Firma]  
Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ  
R.M.: 00274 E.R. SST: 71982

Firma: [Firma]  
Nombre: HIPOLITO DELGADO VARGAS  
CC: 5672435

RESOLUCION NÚMERO ~~77-21982~~ DE 13 DIC 2019

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 Secretaría 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

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO  
Secretario de Salud Departamental

# 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.				
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD <i>Animal</i>		PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>S/der</i>	MUNICIPIO <i>Lebrija</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS <i>3183605287</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Administrador de Granja</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
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 1996)

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	4	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	

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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Lebrija, 25 de Enero de 2012

*[Firma manuscrita]*  
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