



UNION SANTANDEREANA DE TRANSPORTES URBANOS S.A.

UNITRANSA S.A.

NIT. 890.203.548-5

A QUIEN PUEDA INTERESAR

**LA SUSCRITA JEFE DE RECURSO HUMANO DE LA UNION
SANTANDEREANA DE TRANSPORTES URBANOS "UNITRANSA S.A."**

CERTIFICA:

Que el señor, **AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 5.670.527 expedida en Lebrija (Sder), laboró en la empresa en el cargo de conductor en la siguiente fecha:

18 de Febrero de 1988 al 06 de Enero de 1989.

09 de Enero de 1990 al 18 de Enero de 1990

14 de Febrero de 1990 al 08 de Marzo de 1998

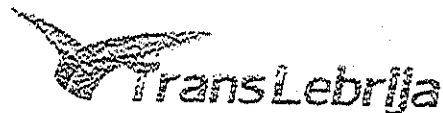
Se expide la solicitud del interesado a los diez (10) días del mes de Noviembre de dos mil catorce (2014).


EDELMARY MENDOZA T.
Jefe de Recurso Humano

CRA 10 No 44-18-els-642552

6424209 630485 633052

Fax: 6420341 Bucaramanga Co



ETL- 239

CERTIFICACION LABORAL

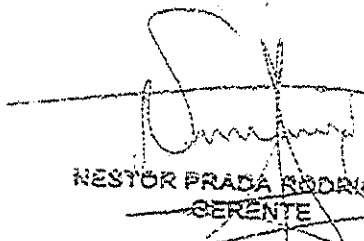
El suscrito Gerente y Representante Legal de la Empresa de Transportes
Lebrija Ltda.

HACE CONSTAR:

Que el Señor **AUGUSTO ORTIZ DOMÍNGUEZ**, identificado con la cedula de ciudadanía No. C.C. 5.670.527 expedida en Lebrija, laboro en esta empresa, desempeñándose en el cargo **OPERADOR DE EQUIPO DE TRANSPORTES TERRESTRE**. Desde el 03 de Diciembre de 2003 hasta el 07 de Mayo de 2012.

Se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de agosto del año dos mil doce (2.012).

Cordialmente,


NESTOR PRADA RODRIGUEZ
GERENTE

Calle 12 No. 17-116
Barrio María Paz
Telefax: 856 62 01
celular: 315 3275020
translebrijaltda@hotmail.com
Lebrija Santander

www.translebrija.com.co



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empolebriga

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Ortiz</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Dominguez</u>	NOMBRES <u>Augusto.</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. <u>5670527</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
PAÍS <u>Colombia</u>		
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NÚMERO <u>5670527</u> D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>04</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1962</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Santander</u> MUNICIPIO <u>Lebrija</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 15 # 12-37 Obecera del Llano</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Santander</u> MUNICIPIO <u>Lebrija</u> TELÉFONO <u>3168463666</u> EMAIL _____ <u>3155377300</u>

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	MES	AÑO		
									☒				

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO 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	

ESPECIFIQUE 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 Empresa de Servicios Públicos de Lebrija	PÚBLICA ☒ PRIVADA ☐	PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Lebrija	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD secretariagral@empulebrija.gov.co	
TELÉFONOS 6567828	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 01 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Conductor	DEPENDENCIA operativa / Admini	DIRECCIÓN cl 8 #8 - 73 Centro	
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	
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	4	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	

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 León 20 de febrero de 2023


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

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRES	AUGUSTO
APELLIDOS	ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	04 de enero de 1962
CEDULA DE CIUDADANÍA	5.670.527 Lebrija
ESTADO CIVIL	Casado
OCUPACIÓN	Conductor
CELULAR	316 846 36 66
DIRECCIÓN	Carrera 15 No. 12-37 Cabecera de Llano
CIUDAD	Lebrija- Santander

ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIOS

Bachiller Académico
BACHILLERATO CLEID
Lebrija - Santander

EXPERIENCIA LABORAL

OCUPACION	Conductor
TIEMPO DE SERVICIO	25 Años

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	Javier Márquez Castillo
OCUPACIÓN	Comerciante
TELEFONO	315 365 01 80

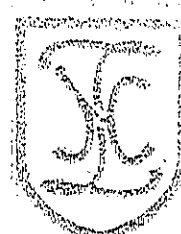
NOMBRE	Luis Alfonso Melgarejo
OCUPACIÓN	Comerciante
CELULAR	315 879 43 90

AUGUSTO ORTIZ
C.C. 5.670.527 de Lebrija



República de Colombia

y en su nombre el



Instituto Integral
Nueva Colombia

Hebrija - Santander

Autorizado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento de Santander,
según resolución N° 11419 de Octubre 5 de 2004

Entrega a

Augusto Ortiz Domínguez

Identificado(a) con la C.C. N° 5670527 de Hebrija

El Título de:

Bachiller Académico
Modalidad CEEJ

Por cursar y aprobar los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media
y haber cumplido con los requisitos establecidos en el
Proyecto Educativo Institucional

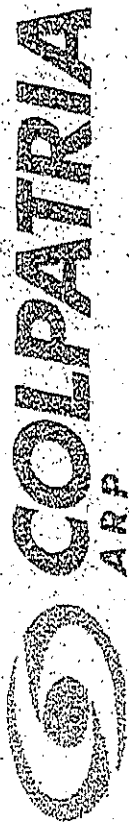
Registrado para efectos legales, de conformidad con el Decreto 921 de mayo 6 de 1994, en el
libro de Actas de Graduación N° 02 Acta General N° 02 Folio N° 11 de Orden 195
Dado en Hebrija a los 19 días del mes de Agosto de 2006

Instituto Integral
NUEVA COLOMBIA
RECTOR

Instituto Integral
NUEVA COLOMBIA
SECRETARIA

Director(a)

Secretario(a)



CERTIFICAN QUE:

AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ

con C.C. No 5.670.527

Asistió a:

TALLER DE MANEJO DEFENSIVO Y BRIGADA DE EMERGENCIA

Con intensidad de 6 Horas

Bucaramanga, Mayo de 2005

CONFERENCISTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ

CC: 5.670.527

APROBO EL CURSO

INTRODUCTORIO

DURACION 40 HORAS

MIRIAM RAQUEL CELIS QUINTERO

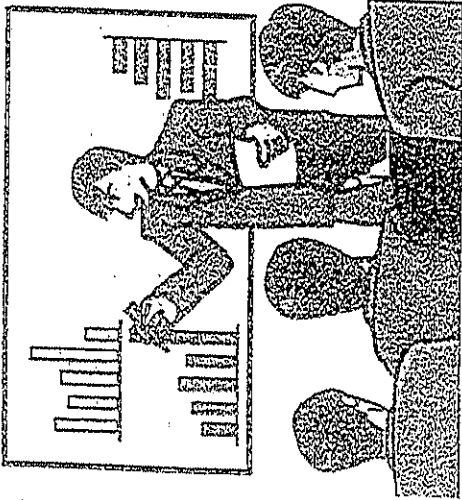
JEFE DE CENTRO

Floridablanca, 16 de Mayo de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN

CENTRO INDUSTRIAL FLORIDABLANCA
CENTRO DE FORMACIÓN

SGC2003AP0006916/05/2003
No. Y FECHA DE REGISTRO

CERTIFICADO DE FORMACIÓN



SCE SERVICIOS CAECOL

ASESORIA Y CAPACITACIÓN EMPRESARIAL

CERTIFICA QUE:

AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ

C.C: 5.670.527

Participó en el curso de Relaciones Humanas, Servicio y Atención al Cliente, Motivación Personal, Actitud Mental Positiva y Calidad Total, dictado para la empresa TRANS LEBRIJA LTDA el día 19 del mes de Agosto del año 2003.


Carla Liliana Alzate Leal
CARLA LILIANA ALZATE LEAL
Dir. Relaciones SERVICIOS CAECOL

Julio Cesar Espinosa Rengifo

JULIO CESAR ESPINOSA RENGIFO
Psicólogo Conferencista

TRANS LEBRIJA LTDA
GERENTE EMPRESA

RESERVA NACIONAL DE APRENDIZAJE CENA

HACE CONSTAR QUE

EL ALUMNO **FRANCISCO J. TIZ DOBOS**

CC 5670527

STIA

PARTICIPÓ EN EL CURSO

LA VISION DEL MUNDO DE LA EDUCACION

DURACION: 25 HORAS

Francisco J. Tiz Dobos

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

4 de Julio de 2015

2074683

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES EDUCATIVAS

2074683

REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

ALEJANDRO ARTUR DOMÍNGUEZ

CC. 5670.527

APROBO EL CURSO

BÁSICO DE CONDUCCIÓN

DURACIÓN 20 HORAS

MYRIAM RAQUEL CELIS QUINTERO

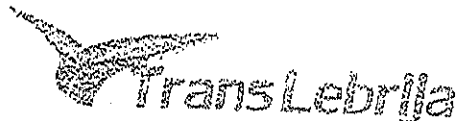
JEFE DE CENTRO

Floridablanca, 29 de Octubre de 2003
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN

CENTRO INDUSTRIAL FLORIDABLANCA
CENTRO DE FORMACIÓN

SGC2003AP00168.29/10/2003
Nº Y FECHA DE REGISTRO

310033731



ETL- 238

CERTIFICACION LABORAL

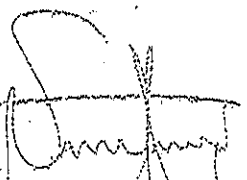
El suscrito Gerente y Representante Legal de la Empresa de Transportes
Lebrija Ltda,

HACE CONSTAR:

Que el Señor AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ, identificado con la cedula de
ciudadanía No. C.C. 5.670.527 expedida en Lebrija, laboro en esta empresa,
desempeñándose en el cargo OPERADOR DE EQUIPO DE TRANSPORTES
TERRESTRE. Desde el 03 de Diciembre de 2008 hasta el 07 de Mayo de
2012.

Se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de agosto del
año dos mil doce (2.012).

Cordialmente,


NESTOR PRADA RODRIGUEZ
GERENTE

Calle 12 No. 17-116
Barrio Maria Paz
Telefax: 556 62 01
celular: 316 8875080
translebrija Ltda@hotmail.com
Lebrija/Santander

www.translebrija.com.co



UNION SANTANDEREANA DE TRANSPORTES URBANOS S.A.

UNITRANSA S.A.

NIT. 890.203.548-5

A QUIEN PUEDA INTERESAR

**LA SUSCRITA JEFE DE RECURSO HUMANO DE LA UNION
SANTANDEREANA DE TRANSPORTES URBANOS "UNITRANSA S.A."**

CERTIFICA:

Que el señor, **AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 5.670.527 expedida en Lebrija (Sder), laboró en la empresa en el cargo de conductor en la siguiente fecha:

18 de Febrero de 1988 al 06 de Enero de 1989.

09 de Enero de 1990 al 18 de Enero de 1990

14 de Febrero de 1990 al 08 de Marzo de 1998

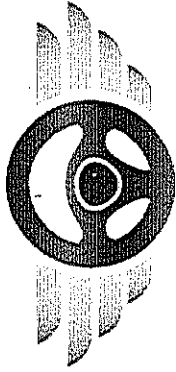
Se expide la solicitud del interesado a los diez (10) días del mes de Noviembre de dos mil catorce (2014).

UNION SANTANDEREANA
UNITRANSA
[Firma]
EDELMARY MENDOZA T
Jefe de Recurso Humano

CRA-10 No. 44-18, els: 6425524

6424209 - 6304858 - 6330524

Fax: 6420341 - Bucaramanga - Co



AUTOLIDER

CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICA

RESOLUCIÓN No. 2178 DEL 22 DE JUNIO DE 2017 MIN. TRANSPORTE

RESOLUCIÓN No. 1500-56.03-3127

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ

Identificado con Cédula de Ciudadanía 5670527 de LEBRIJA

Asistió al curso

MANEJO DEFENSIVO

Aprobó el día 19-05-2021 - Válido hasta 19-05-2022

Con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia firman

18617

Paula Andrea B.

PAULA ANDREA BARBOSA

Secretaria

Luz Elena Díaz Barbosa

LUZ ELENA DÍAZ BARBOSA

Representante Legal

Calle 37 A No. 19 A - 52 Jordan Paraiso - Villavicencio - 671 7695 - 313 894 4273 - 320 2589283
email: directoraautolider@gmail.com - www.autolider.com.co



**SAC
EMPRESARIAL S.A.S**

Servicio Asesoría y Capacitación Empresarial - SAC Empresarial SAS

Autoriza mediante

Ministerio de Trabajo N° COR08SE201822000000032544 de 05 septiembre de 2018
Certificación NTC 6072 Bureau Veritas N° CO18.01612 N° Acreditación ONAC 09-CPR-008
Resolución 5190 de Secretaría de Salud del 13 de Agosto de 2018

CERTIFICA QUE:

AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ

CC: 5.670.527

Cursó y Aprobó la Acción de Formación en:

**NIVEL REENTRENAMIENTO AVANZADO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**

Con una duración de 20 horas
Certificación N° RSAC101847

En testimonio de lo anterior, se firma en la ciudad de Villavicencio Meta, a los (18) días del mes de mayo de 2021



BLADIMIR TORRES FONSECA
Gerente General
SAC Empresarial SAS



HERNAN DARIO SARAY MEZA
Entrenador UNIES N° SGC2019ETAD009
Lic. SST 5942 de 2011



MARIO EDGAR RIOBUENO M.
Director Operativo
SAC Empresarial SAS



MINTRABAJO

Verifique su certificado con número de certificación o cédula, en nuestra página Web
www.sacempresarial.com.co

En constancia de su autenticidad Registrado ante el MINTRABAJO.



2021-05-18-5670527-RSAC101847-5



CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER
DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NIT 79295545-5
La Salud con Calidad Humana
Calle 13 No. 11-48, Lebrija, Santander
3188798450
marco-1705@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRIJA, SANTANDER FECHA: 31 1 2.023

EXAMEN: PREINGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 5.670.527 DE LEBRIJA, SANTANDER

NOMBRES Y APELLIDOS: AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ

SEXO: F ☐ M ☒ EDAD: 61 AÑOS ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

DIRECCIÓN: CR 15 12-39, BR ASOVIPOL - LEBRIJA TELÉFONO: 3168463666

EPS: NUEVA EPS F. PENSION: COLPENSIONES ARL:

GRADO DE ESCOLARIDAD
BÁSICA ☐ MEDIA ☒ TÉCNICA/TECNOLÓGICA ☐ UNIVERSITARIA ☐ POSTGRADO ☐

TÍTULO: BACHILLER ACADEMICO

EMPRESA: INDEPENDIENTE NIT:

CARGO: CONDUCTOR FECHA DE INGRESO: 31/01/2023

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO ☐ OPERATIVO ☒ COMERCIAL ☐

BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN)

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ☒ AUDIOMETRÍA ☐ VISIOMETRÍA ☐
ELECTROCARDIOGRAMA ☐ VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA ☐ OPTOMETRÍA ☐
E.M.O ENFASIS ALTURAS ☐ OTROS:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES	☒	APTO CON RESTRICCIONES LABORALES	☐
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR	☐	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
APTO CON RECOMENDACIONES 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 TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS	☒
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA	☒	CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19 ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA	☒
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES	☒		

OTRO: Examen médico ocupacional de ingreso sin restricciones laborales. Al examen físico se evidencia obesidad para lo cual se indica asistir a valoración nutricional e ingresar al programa de Riesgo Cardiovascular en su respectiva EPS y al Sistema de Vigilancia Epidemiológico Cardiovascular en su empresa. Presenta patología a nivel de pared abdominal región umbilical asintomática que no limita ni restringe su capacidad laboral. Se recomienda acudir a cita con su EPS si presenta dolor agudo en región umbilical. Presenta alteración de la agudeza visual no corregida que no restringe su capacidad laboral, se recomienda valoración y manejo por Optometría. Se recomienda realizar actividades de Prevención y Promoción en salud Cardiovascular y Visual.

REMISIONES

V/N MEDICINA GENERAL
V/N NUTRICIONISTA
EPS V/N OPTOMETRÍA

INGRESO A PVE

CARDIOVASCULAR ☒ PSICOSOCIAL ☒
OSTEOMUSCULAR ☒ VISUAL ☒

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 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 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

Aspirante o Trabajador

Firma: Marco Antonio Sánchez Martínez
Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ
R.M: 00274 L.R.I. SST: 21982

Firma: Augusto Ortiz Domínguez
Nombre: AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ
CC: 5670527

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

Lebrija, día 21 del mes de 02 de 2023

Doctor

REINALDO FERREIRA GAMBOA

Gerente General

Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios de Lebrija ESP

Ciudad

REFERENCIA: Declaración de no incursión en inhabilidades e incompatibilidades

Yo Agosto Ortiz D., Identificado con la cedula de Ciudadanía No. 5670527 de Lebrija, 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.



Firma

C.C. 5670527

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5670527**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 17 febrero 2023

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 17/02/2023 14:57, con relación a la afiliación y cobertura de AUGUSTO ORTIZ DOMINGUEZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 5670527, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 04/02/2023
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 8323
Descripción ocupación: Conductores de camionetas y vehículos livianos
Clase de riesgo: 4
Porcentaje de cotización: 4,35

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C56705272304853851

Atentamente,



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP:190.61.45.157,

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023-02-02 00:31:53, el afiliado AUGUSTO ORTIZ identificado con
CC número 5670527
realizó una solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica VALE.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
219947012398	2023-02-02 00:31:53	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	5670527	AUGUSTO ORTIZ	1160000	INDEPENDIENTE	2023-02-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes
de Febrero del año 2023.