

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.672.076  
CONTRERAS

APELLIDOS  
HERMES

NOMBRES

Hermes Contreras

FIRMA



INDICE DERECHO

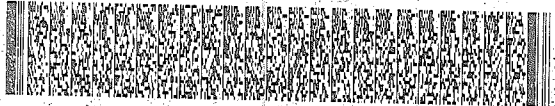
FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1967  
LEBRIJA  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 A+ M  
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-OCT-1985 LEBRIJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABIEL SANCHEZ TORRES



A-2712100-00338990-M-0005672076-20111002 0028229690G-1 36551096

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

Lebrija, día 13 del mes de enero de 2021

Doctor  
**LUIS FERNANDO MANOSALVA VARGAS**  
Gerente General  
Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios de Lebrija ESP  
Ciudad

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

El suscrito Hermes Contreras, Identificado con la cedula de  
Ciudadanía No. 5.672.076 de Lebrija y Tarjeta Profesional No.  
0 de ca, declaro bajo la gravedad de juramento,  
que soy legalmente capaz y que no me hallo incurso 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.

Hermes Contreras

**Nombre del contratista**

c.c. 5.672.076 de Lebrija

Tarjeta profesional N° 0



El servicio público  
es de todos

Función  
Pública

## FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

### 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CONTRERAS		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )		NOMBRES HERMES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 5672076			SEXO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE <input type="radio"/>	SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO		D.M	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DÍA 14	MES 08	AÑO 1967	DIAGONAL 9 N? 7-21 casa	
PAÍS	Colombia		DEPTO	Santander	
DEPTO	Santander		MUNICIPIO	LEBRÍJA	
MUNICIPIO	LEBRÍJA		TELÉFONO	3228938411	EMAIL hermescontreras523@gmail.com

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

### 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: BASICA PRIMARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO

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

### 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 Lebríja			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO LEBRÍJA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD secretariagr@empulebríja.gov.co		
TELÉFONOS 6567828	DÍA 09	FECHA DE INGRESO MES 01 AÑO 2020		DÍA 30	FECHA DE RETIRO MES 12 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL FONTANERO FONTANERO	DEPENDENCIA OPERATIVA		DIRECCIÓN calle 10 no. 9 - 73		

### 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 5o. 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 validada.

### 5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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 validada.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co)



**LA SECRETARIA GENERAL DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LEBRIJA ESP**

**CERTIFICA:**

Que HERMES CONTRERAS identificado con cedula de ciudadanía número 5.672.076 expedida en Lebrija, Santander, presta sus servicios a Empulebrija ESP, a través de la modalidad de contratos de prestación de servicios, ejecutando los siguientes contratos durante los siguientes periodos:

1. **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro.014 DE 2020**, desde el 09 de enero de 2020 y con una duración de ocho (08) meses; con el siguiente objeto contractual **PRESTACION DE SERVICIOS COMO AYUDANTE DE FONTANERÍA PARA EL MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA DE LAS REDES DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA E.S.P., ASI COMO LIMPIEZA Y EXTRACCIÓN DE RESIDUOS SOLIDOS.**

Se expide en Lebrija, a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020).

  
**NELLY ANDREA RAMÍREZ FIGUEROA**  
Secretaría General



El emprendimiento  
es de todos

Minhacienda



**UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**  
**CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO**  
**BDME**

El documento de identificación número 5672076 **NO** está incluido en el BDME que publica la CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2° de la Ley 901 del 2004.

La información suministrada en esta página Web corresponde a la consolidación de los BDME presentados por las entidades públicas. Por tanto, la Contaduría General de la Nación no tiene responsabilidad alguna por las posibles acciones legales que se puedan derivar del reporte indebido o inconsistencias de la misma, por cuanto toda la información contenida en el BDME es la que hayan suministrado los entes públicos, bajo su responsabilidad exclusiva.

La sentencia C-1083 del 24 de octubre de 2005 de la Honorable Corte Constitucional declaró inexecutable los incisos 2 y 4 del párrafo tercero del artículo 2° de la Ley 901 de 2004, dejando así de tener vigencia la inhabilidad para contratar con el Estado o tomar posesión de cargos públicos, de las personas naturales o jurídicas que aparezcan reportadas en el Boletín de Deudores Morosos del Estado.

En tal sentido no se requiere presentar el certificado del Boletín de Deudores Morosos del Estado para efectos de contratar con entidades públicas.

Este documento se generó en la página [www.contaduria.gov.co](http://www.contaduria.gov.co)

Fecha de Consulta: 2021/01/08  
Calle 26 No 69 - 76, Edificio Elemento Torre 1 (Aire) - Pisos 3 y 15  
PBX (57 1) 492 64 00  
<http://www.contaduria.gov.co> E-mail: [bdme@contaduria.gov.co](mailto:bdme@contaduria.gov.co)  
Bogotá D.C. - Colombia

**UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**  
**CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO**  
**INCUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE PAGO**

El documento de identificación número 5672076 **NO** ha incumplido acuerdos de pago de conformidad con lo establecido en el numeral 5° del artículo 2° de la Ley 1066 de 2006.

Recuerde que la información suministrada en esta página Web **CONSTITUYE CERTIFICADO BDME** para efectos de celebrar nuevos acuerdos de pago con otras entidades públicas y goza de valor probatorio según lo establecido en la Ley 527 de 1999, por lo cual la Contaduría General de la Nación no lo expide en forma física.

La información suministrada en esta página Web corresponde a la consolidación de los BDME presentados por las entidades públicas. Por tanto, la Contaduría General de la Nación no tiene responsabilidad alguna por las posibles acciones legales que se puedan derivar del reporte indebido o inconsistencias de la misma, por cuanto toda la información contenida en el BDME es la que hayan suministrado los entes públicos, bajo su responsabilidad exclusiva.

Este documento se generó en la página [www.contaduria.gov.co](http://www.contaduria.gov.co)

Fecha de Consulta: 2021/01/08  
Calle 26 No 69 - 76, Edificio Elemento Torre 1 (Aire) - Pisos 3 y 15  
PBX (57 1) 492 64 00  
<http://www.contaduria.gov.co> E-mail: [bdme@contaduria.gov.co](mailto:bdme@contaduria.gov.co)  
Bogotá D.C. - Colombia





FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor HERMES CONTRERAS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 5672076, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: HERMES  
Segundo Nombre:  
Primer Apellido: CONTRERAS  
Segundo Apellido:  
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía  
Número Documento: 5672076  
Clase Libreta Militar: Primera Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA  
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR  
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 14 días del mes de Enero de 2021, a las 12:06:21 PM.

Cordialmente,

  
CR. MILTON CESAR ESCOBAR GALLEGO  
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix



FE EN LA CAUSA  
"ESTAMOS EN EL CORAZÓN DE LOS COLOMBIANOS Y AHÍ NOS VAMOS A QUEDAR"

JEFATURA DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO  
AVENIDA CARACAS No. 9-51 PBX:(1) 3362211 BOGOTÁ D.C.



**ADRES**La salud  
es de todos

Minsalud

**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	5672076
NOMBRES	HERMES
APELLIDOS	CONTRERAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	LEBRIJA

**Datos de afiliación :**

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	16/04/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/08/2021 10:58:44	Estación de origen:	186.148.177.149
---------------------	------------------------	---------------------	-----------------

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 ésta 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 CESANTIAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**  
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**HERMES CONTRERAS** , identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.672.076**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 08 de Enero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*

I. TRÁMITE		
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	13/01/2021 19:20:04

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.  
Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	800137201	ESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA ESP	CL 11 8 73	101178

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
1	EMPRESAS DEDICADAS A LA CAPTACION, DEPUR	3410001	3
DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
CL 11 8 73	LEBRIJA	Santander	

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CC	5672076	CONTRERAS			
NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA			
HERMES	14/8/1967	DIAGONAL			
CUIDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
LEBRIJA	6567828	3156847239	sst@empulebrija.gov.co	M	
LOCALIDAD/COMUNA	ZONA				
barrio rosales	Urbana				
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
Nueva EPS	37	Porvenir	3		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO			
Mes Anticipado	14/1/2021	16276300			
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	13/1/2021	30/9/2021	NO		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			
0	1900000	908526			
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA		
Independiente	NO DEFINIDO	Voluntario	NO DEFINIDA		
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR			
GENERACION, CAPTACION Y DISTRIBUCION DE	4401001	4			

**HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES**

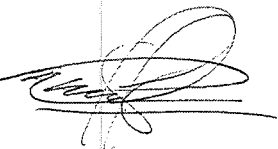
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 13/01/2021 19:20:04. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

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 SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES**

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	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 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS 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 SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, 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: _____

PLANILLA PARA PAGO PROGRAMADO SÓLO EN BAN  
AGRARIO  
RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

05/01/2021 08:46:11 Cajero: zahernan

Razón social	HERMES CONTRERAS
Identificación	CC-5672076
Código dependencia o sucursal	0
Nombre dependencia o sucursal	HERMES CONTRERAS
Fecha de generación del reporte	2021-01-05
Período pensión	202012
Período salud	202012

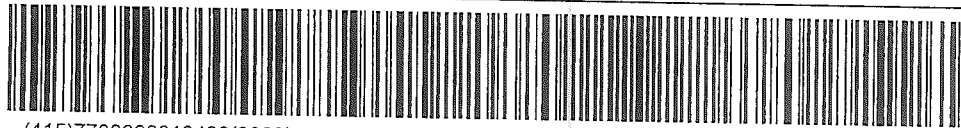
Oficina: 6013 - LEBRIJA  
Terminal: B6013CJ042HF Operación: 194591498

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS  
Valor: \$271,700.00  
Costo de la transacción: \$0.00  
Iva del Costo: \$0.00  
GMF del Costo: \$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO  
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO  
Ref 1: 8611086034  
Ref 2: 00005672076202012

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo informe al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

Fecha límite de pago	Número de planilla	Total a pagar	Total seguridad social	Valor transacc financie		
2021-01-20	8611086034	\$271.700	\$271.700	\$0	I	Lista para pago en banco



(415)7709998013483(8020)861108603480200005672076202012390000002717009620210120

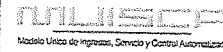
Señor(a) aportante

Para garantizar un mejor servicio, Asopagos le solicita diligenciar la siguiente información

Nombre consignante	_____
Tel. Cel.	_____
Tel. Fijo	_____
Período Pagado	_____



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14593749567



(415)7707212489984(8020) 000001459374956 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 6 7 2 0 7 6

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

2 Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación:

1 3 5 6 7 2 0 7 6

27. Fecha expedición:

1 9 8 5 1 0 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Santander

30. Ciudad/Municipio:

Lebríja

31. Primer apellido

CONTRERAS

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

HERMES

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Santander

40. Ciudad/Municipio:

Lebríja

41. Dirección principal

CL 12 A 6 18

42. Correo electrónico:

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 6 6 4 6 2 4 2 8

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

4 3 3 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 1 2 2 6

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

7 2 1 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Table with 10 columns for codes 1-10 and 11-20.

Exportadores

Table with columns for Form, Tipo, Servicio, Modo, 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 X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 0 6

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:



# CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER

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: ✓ febrero 2021

EXAMEN: PREINGRESO  PERIÓDICO  EGRESO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC NÚMERO √672076 DE Lebrija / Santander

NOMBRES Y APELLIDOS: Héctor Contreras

SEXO: F  M  EDAD: 33 años ESTADO CIVIL: Separado

GRADO DE ESCOLARIDAD  
BÁSICA  MEDIA  TÉCNICA/TECNOLOGÍA  UNIVERSITARIA  POSTGRADO

TÍTULO: Primaria Completa

EMPRESA: Empresa Pública de Lebrija NIT: \_\_\_\_\_

CARGO: Operario FECHA DE INGRESO: ✓ febrero 2021

### FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO  OPERATIVO  COMERCIAL

BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) \_\_\_\_\_

### EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL  AUDIOMETRÍA  VISIOMETRÍA

ESPIROMETRÍA  VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA  OPTOMETRÍA

OTROS: \_\_\_\_\_

## CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD 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 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 efectos alteraciones, en la adaptación por el cargo

EPS v/u optometría

### REMISIONES

ARL \_\_\_\_\_

### INGRESO A PVE

CARDIOVASCULAR  PSICOSOCIAL

OSTEOMUSCULAR  VISUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. Me comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interacción, limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la presente libretilla. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fue informado de los medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Los resultados de este examen son confidenciales y científicos. 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 remita la libretilla 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: Dr. Marco Antonio Sánchez M.

Nombre: Dr. Médico Integrativo Especialista en Gerencia en Riesgos Laborales, Seguridad y Salud en el Trabajo

R.M.: 00077

RM.00274 Lic. RL SST 21982

Firma: Héctor Contreras

Nombre: Héctor Contreras

CC: 5672076



RESOLUCION NÚMERO **75-21982** DE **10 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

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