

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **13.535.979**

ORTIZ ORTIZ

APELLIDOS

JOSE LUIS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1972**

LEBRIJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-ENE-1991 LEBRIJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARELLANO TORRES



A-2712100-00207463-M-0013635979-20100105 0019616433A 1 32683793

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

Lebrija, día 18 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 Jose Luis Ortiz Ortiz, Identificado con la cedula de Ciudadanía No. 13535979 de Lebrija y Tarjeta Profesional No. No aplica de — 0 —, 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.



Nombre del contratista

C.C. _____

Tarjeta profesional N° No aplica.



El servicio público
es de todos

Estado
Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ORTIZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ORTIZ	NOMBRES JOSE LUIS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. PAS No. 13535979	SEXO F M	NACIONALIDAD COL. EXTRANJERO PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 28 MES 07 AÑO 1972 PAÍS Colombia DEPTO Santander MUNICIPIO LEBRÚA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 12 NRO 13-28 CASA SAN JOSE PAÍS Colombia MUNICIPIO LEBRÚA TELÉFONO 3209444223 EMAIL auxiliar2@empulebrja.gov.co	

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	
10.	20.	30.	40.	50.	60.	70.	80.	90.	10.	X	FECHA DE GRADO
										MES 09	AÑO 2007

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 ECTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPRESA O ENTIDAD CONALVIAS		EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE PÚBLICA PRIVADA X PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO LEBRÚA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3146451272	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 10 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DÍA 02 MES 02 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MAESTRO DE CONSTRUCCION I	DEPENDENCIA OBRA PROYECTO HIDROSOGAMOSO GR	DIRECCIÓN Proyecto Hidrosogamoso	

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSAS 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 50. 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.

5 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.

Lebrúja - 25/01/2021

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

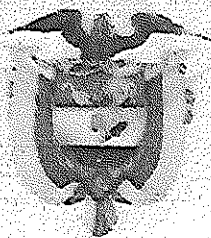
HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

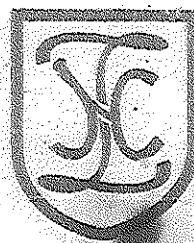
NOMBRE	JOSE LUIS
APELLIDOS	ORTIZ ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	28 DE JULIO DE 1972
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	13.535.979 DE LEBRIJA
ESTADO CIVIL	CASADO
TELÉFONO	3209444223
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CARRERA 12 No. 13 -28
BARRIO	SAN JOSE
CIUDAD	LEBRIJA, SANTANDER

Fontanero \$1.900.000



República de Colombia

y en su nombre el



Instituto Integral
Nueva Colombia

Lebrija - Santander

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

Otorga a

José Luis Ortiz Ortiz

Identificado(a) con la C.C. N° 13.535.979 de Lebrija

El Título de:

Bachiller Académico

Modalidad C.T.F.T

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

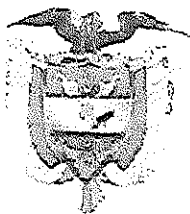
Proyecto Educativo Institucional

Registrado para efectos legales, de conformidad con el Decreto 921 de mayo 6 de 1994, en el
libro de Actas de Graduación N° 09 Acta General N° 09 Folio N° 01 N° de Orden 15

Dado en Lebrija a los 30 días del mes de Septiembre de 2007

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER

INSTITUTO INTEGRAL
NUEVA COLOMBIA
SECRETARÍA



Instituto Integral Nueva Colombia

BACHILLERATO CLEI PARA ADULTOS
SANTANDER - COLOMBIA



Acta Individual de Grado

En la ciudad de Lebrija a los 30 días del mes de Septiembre de 2007, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado modalidad CLEI, las suscritas Rectora y Secretaria del INSTITUTO INTEGRAL NUEVA COLOMBIA DE LEBRIJA, Institución reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación del Departamento en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad ACADÉMICA según Resolución No 11419 de Octubre 5 de 2004.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a entregar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO MODALIDAD CLEI, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

José Luis Ortiz Ortiz
C.C. No 13.535.979 de Lebrija

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 09 de fecha 30 de Septiembre de 2007 que consta de 27 estudiantes que comienza con el nombre de Alexander Acevedo Rojas y se cierra con el nombre de Nelson Torres Serrano, firmado y sellado por GLORIA AMPARO PATIÑO OLAYA (Rectora) y CECILIA FERNÁNDEZ PINTO (Secretaria).

Dada en Lebrija a los 30 días del mes de Septiembre de 2007

GLORIA AMPARO PATIÑO OLAYA
RECTORA
C.C. 28.212.309 de Lebrija

CECILIA FERNÁNDEZ PINTO
SECRETARIA
C.C. 28.212.459 de Lebrija

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

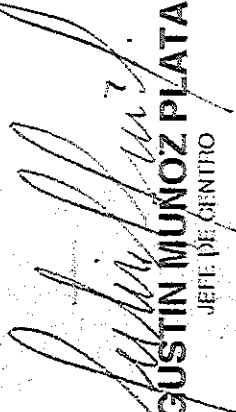
JOSE LUIS ORTIZ ORTIZ

CC.13.535.979

APROBO EL CURSO

CONSTRUCCION DE ESTRUCTURAS DE CONCRETO ARMADO

DURACION 35 HORAS


AGUSTIN MUÑOZ PLATA
JEFE DE CENTRO

Bucaramanga, 14 de Diciembre de 2001
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

CENTRO INDUSTRIAL FLORIDABLANCA
CENTRO DE FORMACION

SGC2001AP00189 14/12/2001
Nº Y FECHA DE REGISTRO

CERTIFICADO DE APROBACION FS-133

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE LUIS ORTIZ ORTIZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 13.535.979 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento SANTANDER Municipio LEBRIJA

Dirección CARRERA 12 NRO 13-28 Teléfonos 3209444223

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	10.476.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 10.476.000

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

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE



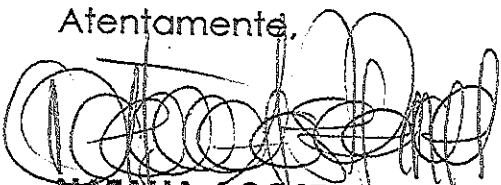
LA JEFATURA DE CAPITAL HUMANO

CERTIFICA

Que el señor (a), **ORTIZ ORTIZ JOSE LUIS** identificado con cédula de Ciudadanía No. 13535979, laboro en la Empresa **CONALVIAS S.A.**, desde el 03 de Octubre 2011 hasta el 02 de Febrero de 2012 se desempeñó en el cargo **MAESTRO DE CONSTRUCCION I** para el **PROYECTO VIAS SUSTITUTIVAS GRUPO 3** en **Lebrija - Santander**.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, en Lebrija - Santander el día **02 de Febrero de 2012**.

Atentamente,

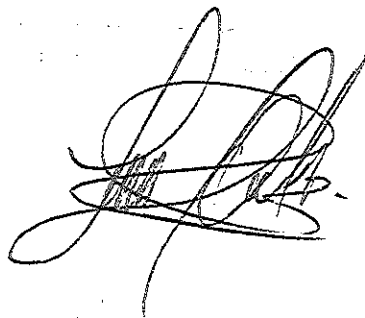


NATALIA ACOSTA RANGEL

Jefe de Capital Humano

Proyecto Hidrosogamoso Grupo 3

Conalvias S.A



Nota: para confirmar la referencia comunicarse al 3146451272 Tel; 6566190, Conalvias S.A., Proyecto Hidrosogamoso grupo 3.

Bienvenido(a), NUBIA FERNANDA MALDONADO HERRERA
Cerrar Sesión

BDME
Consultas al Boletín de Deudores Morosos del Estado
Inicio
Guía del Deudor Moroso
Estado de Transmisión de Entidades Reportantes del BDME
Guía para transmisión del BDME
Marco Conceptual
Preguntas Frecuentes
Histórico de Informes
Contacto con BDME

El emprendimiento
es de todos

Ministrando

CONTA
GENERAL DE LA NACIÓN

UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO
BDME

El documento de identificación número 13535979 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 de 2004.

La información suministrada en esta página Web corresponde a la consolidación de los BDME presentados por las entidades, tanto, la Contaduría General de la Nación no tiene responsabilidad alguna por las posibles acciones legales que se reporte indebido o inconsistencias de la misma, por cuanto toda la información contenida en el BDME es la que hay: 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 tercero del artículo 2° de la Ley 901 de 2004, dejando así de tener vigencia la inhabilidad para contratar con el Estado o 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 contratación pública.

Este documento se generó en la página www.contaduria.gov.co

Fecha de Consulta:

2021/01/21 16:21

Contador de visitas:

21373835

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

Bogotá D.C. - Colombia

El emprendimiento
es de todos

Ministrando

CONTA
GENERAL DE LA NACIÓN

UAE CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

CONSULTA AL BOLETÍN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO
INCUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE PAGO

El documento de identificación número 13535979 NO ha incumplido acuerdos de pago de conformidad con lo establecido del artículo 2° de la Ley 1066 de 2006.

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

Este documento se generó en la página www.contaduria.gov.co

Fecha de Consulta:

2021/01/21 16:21

Contador de visitas:

21373835

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

Bogotá D.C. - Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

13535979

ORTIZ ORTIZ
JOSE LUIS

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2012	31 - DIC. 2012	31 - DIC. 2012

PROFESIÓN
CONSTRUCTOR

18-OCT-2011



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Tener posesion de los empleos publicos o privados
 - Ingresar a la carrera administrativa
 - Obtener o renovar el permiso de conducir vehiculos
 - Registrar titulo como profesional y ejercer la profesion
 - Firmar contratos con cualquier entidad publica o privada
 - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilizacion debe efectuar presentacion inmediata en el cuartel de tropas mas cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

TC ALFREDO E. FONSECA B. 0177628

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor JOSE LUIS ORTIZ ORTIZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 13535979, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: JOSE
Segundo Nombre: LUIS
Primer Apellido: ORTIZ
Segundo Apellido: ORTIZ
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: 13535979
Clase Libreta Militar: Segunda 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 21 días del mes de Enero de 2021, a las 4:26:09 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.





139438371

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación	B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual:	- Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional ☒	B. Colectiva	D. De Oficio
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante	B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario	A. Dependiente	B. Independiente ☒	C. Pensionado
				(a registrar por la EPS)	

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Ortiz		Ortiz	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Jose		Luis	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad	
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC
		13575437	
9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Femenino		Masculino ☒	
		20/03/76	

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
			905576
18. Residencia			
Dirección			
Calle 15A # 17-09			
Teléfono Celular		Correo Electrónico	
44465		jose.ortiz@gmail.com	
Municipio / Distrito		Zona	Localidad / Comuna
Buenaventura		Urbana Rural	Departamento
			Buenaventura

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad	
CN RC	TI CC	CE PA	CD SC
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino		Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)		
	Tipo Condición	Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	
B1	F N M T P		Urbana Rural			
B2	F N M T P		Urbana Rural			
B3	F N M T P		Urbana Rural			
B4	F N M T P		Urbana Rural			
B5	F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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	13535979
NOMBRES	JOSE LUIS
APELLIDOS	ORTIZ ORTIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BUCARAMANGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	12/12/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 01/21/2021 16:23:44 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.

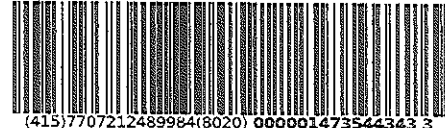
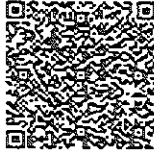
Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en 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.

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14735443433



(415)7707212489984(8020) 000001473544343 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 3 5 3 5 9 7 9

9

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 3 5 3 5 9 7 9

27. Fecha expedición

1 9 9 1 0 1 0 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Lebríja

4 0 6

31. Primer apellido

ORTIZ

32. Segundo apellido

ORTIZ

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

LUIS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

Lebríja

4 0 6

41. Dirección principal

CR 12 13 28 BRR SAN JOSE

42. Correo electrónico

cpus4@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 9 4 4 4 2 2 3

45. Teléfono 2

6 5 6 7 4 7 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

4 2 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8 1 2 0 5

Actividad secundaria

48. Código

4 3 3 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 8 1 2 0 5

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

7 2 1 1

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. 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

2021 - 01 - 25 / 17 : 53: 51

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 ORTIZ ORTIZ JOSE LUIS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

I. TRÁMITE			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales. Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	22/01/2021 16:43:12	

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	13535979	ORTIZ	ORTIZ		
NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA			
JOSE LUIS	28/7/1972	CRA12NUMERO 13-28			
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
LEBRIJA	3209444223	3209444223	auxiliar2@empulebrija.gov.co	M	
LOCALIDAD/COMUNA	ZONA				
BARRIO SAN JOSE	Urbana				
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Proteccion	14		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO			
Mes Anticipado	25/1/2021	4116700			
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	25/1/2021	31/3/2021	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			
EMPRESAS DEDICADAS A LA CAPTACION, DEPUR	3410001	3			

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

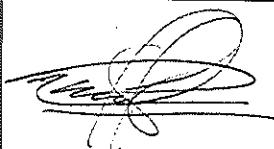
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 22/01/2021 16:43:12. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la 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 CONDICIÓN 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: _____

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORTIZ ORTIZ JOSE LUIS** identificado(a) con **CC** número **13.535.979** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de enero de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 22 de enero de 2021.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202101221821



CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER

NIT 79295545-5

La Salud con Calidad Humana

Calle 13 No. 15-48, Lebrija, Santander

3037985

marco-7905@hotmail.com

CIUDAD: Lebrija / Ser CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
FECHA: 22 enero 2021
EXAMEN: PREINGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C NÚMERO 13535979 DE Lebrija / Ser
NOMBRES Y APELLIDOS: Jose Luis Ortiz Ortiz
SEXO: F ☐ M ☒ EDAD: 48 años ESTADO CIVIL: Casado
GRADO DE ESCOLARIDAD
BÁSICA ☐ MEDIA ☒ TÉCNICA/TECNOLÓGICA ☐ UNIVERSITARIA ☐ POSTGRADO ☐
TÍTULO: Doctor (er) Académico
EMPRESA: EMPRESAS PUBLICAS DE URUBIA - EMPALMADA
CARGO: Oficial de Construcción FECHA DE INGRESO: 22 Enero 2021

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO ☐ OPERATIVO ☒ COMERCIAL ☐
BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) _____

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO 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 ☐
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL ☒ TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS
CRONOGRAMA DE LA EMPRESA ☒ CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA ☐
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES ☒ LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19
ADAPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA ☒

OTRO: Examen medico ocupacional de repetición si
alteraciones, sin restricciones por el
corps.

EPS V/r F. Ojeda

REMISIONES

ARL _____

INGRESO A PVE

CARDIOVASCULAR ☐ PSICOSOCIAL ☒
OSTEOMUSCULAR ☒ VISUAL ☒

Consentimiento informado del paciente o representante: 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, me ha informado 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 las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Los resultados, dados por mí en este examen son completos y verídicos. 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 funcionamiento 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 a Trabajador

Firma: Dr. Marco Antonio Sánchez M.
Nombre: Medico Integrativo
R.M.: 00274 Especialista en Gerencia de Riesgos
Laborales, Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 00274 Lic. RL SST 21982

Firma: [Firma]
Nombre: Jose Luis Ortiz Ortiz
CC: 13535979

RESOLUCION NÚMERO 21982 DE 10 DIC 2016
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