

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

Lebrija, día 4 del mes de 01 de 2022

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 Monta Monica Henrera Henrera Identificado con la cedula de Ciudadanía No. 1-099372-159 de Lebrija y Tarjeta Profesional No. 10494 de Bucaramanga, 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. 1-099-372-159

Tarjeta profesional N° 10494



Ministerio del Interior
Cuba

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 790 de 1993, 468 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERRERA				SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERRERA				NOMBRES MARIA YENICA					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN								SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS	
C.C.	C.E.	Pais	No. 1479672135					F	M	COL.	EXTRANJERO	Cubana	
LIBRETA MILITAR													
PRIMERA CLASE				SEGUNDA CLASE				NÚMERO				D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO								DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA					
FECHA		DÍA 10		MES 10		AÑO 1994		CARRERA DE 17 AV-75 APTO 301 APARTAMENTO CENTE					
PAÍS		CUBANA		PAÍS		CUBANA		DEPTO		SANTANDER			
DEPTO		SANTANDER		MUNICIPIO		LEONIA		TELÉFONO		014545807		EMAIL	
MUNICIPIO		BUENAVISTA		TELÉFONO		014545807		EMAIL		yenicaherrera@comcast.net			

El presente formato es de uso exclusivo de la Entidad Receptora y no debe ser utilizado para fines ajenos.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1.ª A 6.ª DE NIVEL BÁSICO EQUIVALEN A LOS GRADOS DE 1.ª A 6.ª DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA		SECUNDARIA		MÉDIA		FECHA DE GRADO					
1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª	7.ª	8.ª	9.ª	10.ª	X	
										MES 11 AÑO 2011	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
ELIJA EN ESTE PUNTO SU ESPECIALIZACIÓN, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESPECIAL:
TE (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TS (TECNOLOGÍA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
SE (ESPECIALIZACIÓN), MS (MAESTRÍA O MAGISTER), DOG (DOCTORADO O PH.D.),
RELACIONE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA AL CORRIENTE EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	NÚMERO DE APROBACIONES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		NÚMERO DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
SE	10	X		INGENIERÍA EN SALUD OCUPACIONAL	04	2011	

El presente formato es de uso exclusivo de la Entidad Receptora y no debe ser utilizado para fines ajenos.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL Y DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ORDEN CRONOLÓGICO INICIANDO POR LA ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE							
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS CONSUMIDORES DE ENERGÍA ELÉCTRICA				PÚBLICA		PRIVADA	
DEPARTAMENTO SANTANDER				MUNICIPIO LEONIA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD yenicaherrera@comcast.net	
TELÉFONOS 014545807				FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 10 AÑO 1994		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 11 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PÚBLICO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				DEPENDENCIA ADMINISTRACIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE		DIRECCIÓN CALLE 10-10	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS CONSUMIDORES DE ENERGÍA ELÉCTRICA				PÚBLICA		PRIVADA	
DEPARTAMENTO SANTANDER				MUNICIPIO LEONIA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD yenicaherrera@comcast.net	
TELÉFONOS 014545807				FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 10 AÑO 1994		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 11 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO PÚBLICO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				DEPENDENCIA ADMINISTRACIÓN		DIRECCIÓN CALLE 10-10 E. CENTRO LEONIA- SANTANDER	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR							
EMPRESA O ENTIDAD SANTANDER				PÚBLICA		PRIVADA	
DEPARTAMENTO SANTANDER				MUNICIPIO LEONIA		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD yenicaherrera@comcast.net	

Hoja de vida del funcionario

Servidor		GIRÓN	
TELÉFONOS 3126553123	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 12 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN KILÓMETRO 2 VÍA PALDINOQUE, BOGOTÁ DE LOCAL 11	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FABRICA DE MANIJERAS SPC	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO LEYVA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3177050833	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 06 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	DIRECCIÓN CALLE 20 Nº 14-57 Surco 2, BOGOTÁ	

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFESTO BAJO LA GRACIA DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ NO ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSAS DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA LLEVAR CARGOS PÚBLICOS O PARA REALIZAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO QUE LOS DATOS PERSONALES OTORGADOS EN EL PRESENTE FORMATO SON VERDADEROS, SINCEROS Y VERACEDEROS, ARTÍCULO 81 DE LA LEY 1712 DE 2014.

Firma del servidor público o contratista

Este documento es una copia de la información que se encuentra en el sistema de información de la entidad.

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.

CIudad y fecha:

ROBERTO AYALA JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Este documento es una copia de la información que se encuentra en el sistema de información de la entidad.



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Maria Monica Herrera Herrera

C.C. No. 1.099.372.159

*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

Administradora en Salud Ocupacional

en testimonio se firma y sella este diploma

Herrera
Consejo de Administradores

[Signature]
Rector General

[Signature]
Escriba

[Signature]
Secretaría General

D.E.M.A. ALTURAS S.A.S.

RUT. 901335194-7

LICENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO N°9609 de 11/12/2019
CON VALIDEZ EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

AUTORIZACION MINISTERIO DE TRABAJO 08SE2020220000000023604

CERTIFICA

QUE EL SEÑOR(A)

MARIA MONICA HERRERA HERRERA

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANIA

Y099372159

CURSO Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL

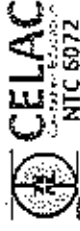
COORDINADOR

CON UNA DURACIÓN DE 80 HORAS REALIZADO EN BOGOTÁ

Fecha de inicio: 14/12/2021 Fecha de finalización: 21/12/2021

SE EXPIDE EL DÍA 21/12/2021 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., COLOMBIA

La verificación de este certificado puede hacerse en nuestro sitio web www.demalturas.com.co o solicitar a nuestro correo verificaciandema@gmail.com
Calle 26 Sur # 27-31 - 321352433 - 6953884
Bogotá, D.C. Colombia



Certificado N° 30.379-1
Código de Autenticación: CRLAC



Se verifica y ratifica con las siguientes firmas
la emisión y autenticidad de este Certificado

TSA - 12506

[Signature]
CARLOS ALBERTO MARTÍNEZ PATINO
"REPRESENTANTE LEGAL"

[Signature]
DEICY YADIRA MARTÍNEZ ANGULO

RESOLUCION 8.0 3018 15032017

ENTRENADOR I.S.A.

D.E.M.A. ALTURAS S.A.S.

NIT. 901.335.194-7

LICENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO N° 9609 de 11/12/2019
CON VALIDEZ EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL
AUTORIZACION MINISTERIO DE TRABAJO 08SE2020220000000023604

CERTIFICA

QUE EL SEÑOR(A)

MARIA MONICA HERRERA HERRERA

IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA

1099372159

CURSO Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE
CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA

TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

NIVEL

REENTRENAMIENTO AVANZADO

CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS REALIZADO EN BOGOTÁ

Fecha de inicio: 12/12/2021 Fecha de finalización: 13/12/2021

SE EXPIDE EL DÍA 13/12/2021 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., COLOMBIA

La verificación de este certificado puede hacerse en nuestro sitio web www.demaalturas.com.co o solicitar a nuestro correo verificaciondema@gmail.com
Calle 26 Sur # 27-31 - 3313524383 - 6933884
Bogotá, D.C. Colombia



Se verifica y ratifica con las siguientes firmas
la emisión y autenticidad de este certificado

TSA - 12505

[Signature]
CARLOS ALBERTO MARTÍNEZ PATINO
REPRESENTANTE LEGAL

[Signature]
DEICY YADIRA MARTÍNEZ ANGULO

RESOLUCION S.O 3018 15/03/2017

ENTRENADOR I.S.A.



**LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL DE LA EMPRESA DE
SERVICIOS PUBLICOS DE LEBRIJA E.S.P.L.**

CERTIFICA

Que María Monica Herrera Herrera identificada con cedula de ciudadanía número 1.099.372.159 expedida en Lebrija, presta sus servicios a Empulebrija ESP, a través de la modalidad de contratos de prestación de servicios, ejecutando los siguientes contratos durante el siguiente periodo:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro. 023 DE 2020, desde el 16 Enero de 2020 hasta el 24 de diciembre de 2020 con el siguiente objeto contractual: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES TENDIENTES A LA CORRECTA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST POR PARTE DEL PERSONAL DE LA ESPL, Y DESARROLLAR TODOS LOS TEMAS DERIVADOS AL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1072 DE 2015 Y LA RESOLUCIÓN 1111 DE 2017".

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Nro. 013 DE 2021, desde el 06 de Enero de 2021 hasta el 24 de Diciembre de 2021 con el siguiente objeto contractual: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST, ASESORÍA TÉCNICA EN GENERAL EN LA EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS E.S.P.L".

Se expide en Lebrija, a los cuatro (4) días del mes de Enero de dos mil veintidos (2022).

YAMILE FLOREZ VILLANOVA
Subgerente Administrativo y Comercial



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

ENTIDAD RECEPTORA

EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE CERRILJA

Período de declaración

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HERRERA HERRERA MARA MONICA	C.C.	C.E.	OTRO	Nº. 1099272153	CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
DIRECCIÓN CARRERA 33 Nº 10-73 APTO 201 APARTAMENTO CENTRO					TELÉFONOS 3174675827
MUNICIPIO CERRILJA		DEPARTAMENTO Santander		PAÍS Colombia	

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
HERRERA AGUILAR MONICA	CC 28128139	Madre
HERRERA HERRERA GONIE	CC 5674315	Padre

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y OTROS INGRESOS LABORALES	0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
OTROS INGRESOS LABORALES	25,200,000
TOTAL INGRESOS NO LABORALES	0
TOTAL	25,200,000

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

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

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. C.E. OTRO	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

FIRMA DE SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA

CERRILJA - 04-01-2021



Se certifica que la empresa , identificada con CC-1099372159 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2021-11	230301	800224808	PORVENIR	1	0	145.400	0	145.400
Periodo salud:	2021-11	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	113.800	0	113.800
Planilla Nro.:	8817045328 Tipo t	14-25	800226175	COLMENA	1	0	22.200	0	22.200
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2021-12-20	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DE OCCIDENTE	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
		GRAN TOTAL						S 281.200	



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA MONICA HERRERA HERRERA identificado(a) con CC 1099372159 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/05/2021

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: FORPRESALUD I.P.S SAS - LEBRIJA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de enero del año 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

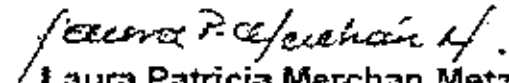
NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA HERRERA MARIA MONICA** identificado(a) con CC número **1.099.372.159** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2021 y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de enero de 2022.

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

Protección

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14786342621



4257707212489984(8020) 0000014786342621

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **1 0 9 9 3 7 2 1 5 9** 6. DV **9** 7. Dirección seccional **Impuestos y Aduanas de Bucaramanga** 8. Buzón electrónico **4**

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **2 Cédula de Ciudadanía** 26. Número de identificación **1 0 9 9 3 7 2 1 5 9** 27. Fecha expedición **2 0 1 3 0 7 2 6**

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Santander** 30. Ciudad/Municipio **Lebrija** 31. Códigos **4 0 6**

31. Primer apellido **HERRERA** 32. Segundo apellido **HERRERA** 33. Primer nombre **MARIA** 34. Otros nombres **MONICA**

35. Razón social

36. Nombre comercial

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Santander** 40. Ciudad/Municipio **Lebrija** 41. Códigos **4 0 6**

41. Dirección principal **CR 9 10 73 AP 301**

42. Correo electrónico **monica.phana94@hotmail.com**

43. Código postal **44. Teléfono 1 3 1 7 4 6 7 5 6 2 7 45. Teléfono 2 3 1 7 4 6 8 5 1 2 1 2**

CLASIFICACIÓN

Actividad económica
Actividad principal: 46. Código **7 0 2 0** 47. Fecha inicio actividad **2 0 1 7 0 1 0 9**
Actividad secundaria: 48. Código **8 6 9 9** 49. Fecha inicio actividad **2 0 1 7 0 1 0 9**
Otras actividades: 50. Código **1 2**
Ocupación
51. Código **52. Número establecimientos**

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **4 9**
49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO
CONFIDENTIAL

DOCUMENTO
CONFIDENTIAL

DOCUMENTO
CONFIDENTIAL

Obligados aduaneros
54. Código **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20**
Exportadores
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** ☒

60. No. de Folios: **0**

61. Fecha **2021-08-13 / 22:00:44**

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 1.6.1.2.2.2 del Decreto 1525 de 2016

Firma del solicitante:

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

964. Nombre **HERRERA HERRERA MARIA MONICA**

965. Cargo **CONTRIBUYENTE**



Versión 2 - Ene 23 2017

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Ciudad: Bucaramanga	Fecha: 14/01/2020	***INGRESO***
Empresa: PARTICULAR		Cargo: CONTRATISTA
Nombre: MARIA MONICA HERRERA HERRERA		C.C.: 1099372159
Fec Nac: 10/10/1994	Edad: 25 años	De: BUCARAMANGA
Direcc.: FINCA LOS NARANJALES VEREDA SARDINAS		Tel.: 3174675627
Estudio: Universitario	EPS: COMPARTA	ARL: NO REFIERE

EXAMENES REALIZADOS

Audiometría
Colesterol Total
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON
ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Glicemia
Optometría
Triglicéridos

RECOMENDACIONES GENERALES (para el manejo de enfermedades generales o comunes)

Uso de Elementos de Protección Personal ☒
Higiene postural - Pausas Activas ☒
Ingreso al sistema de Vigilancia Epidemiológica ☒ RCV. VISUAL
Reducir el consumo de alcohol ☐
Dejar de Fumar ☐
Remisión a E.P.S. ☐
Uso Rx. Óptica ☒ PERMANENTE
Dieta - Ejercicio ☒
Otras Recomendaciones:

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio o realizar
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la realización de las tareas propias de la ocupación o desempeño
3. Capacitar y entrenar en el adecuado uso de los Elementos de protección personal que la empresa le suministra para el desempeño de su trabajo de manera segura.
4. En trabajos sentado(s), que requieran giros, utilizar sillas giratorias, desmontables, con espaldas y sin reposabrazos.
5. Implementar el programa de pausas activas, con actividades de al menos 5 minutos cada hora.
6. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo.
7. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

Sin patología que le impida realizar la labor asignada -

El (la) examinado(a) certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes, personales y familiares, que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta.

Dr. Victor R. Ramirez Morales
MEDICO ESPECIALISTA OCUPACIONAL
C.E. 1404 DE ABOGADO

VICTOR RAUL RAMIREZ MORALES

MARIA MONICA HERRERA HERRERA 1099372159