

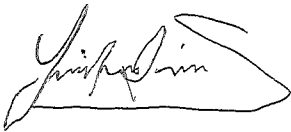
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito Jose Antonio Rivera identificado con la C.C. 5670131 declaro que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011, 734 de 2002 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral. 1o. del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Dado en el Municipio de Lebrija, _ 06 enero _ de 2022.



cc. 5.670,131

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO,

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

País Departamento Municipio

Dirección Teléfonos

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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ -

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



El servicio público
es de todos

Función
Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y
RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Jose	Antonio	Rivera	Silva

Documento de identificación			
C.C.	☒	C.E.	☐
T.I.	☐	NIT.	☐
Número	5670131		

Lugar de Nacimiento			
País	Colombia	Departamento	Santander
Municipio	Bucaramanga		

Lugar de domicilio			
País	Colombia	Departamento	Santander
Municipio	Lebrija		

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaje.

Ministerio de Trabajo

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA
----------------------------	-------------

Lugar de sede			
País	Colombia	Departamento	Santander
Municipio	Lebrija		
Dirección	CARRETA 20 116 - 54 VILLA PARAISSO		

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORRO	lebrija Santander	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
CASA	Colombia	Santander	lebrija	27.000.000

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

CONCEPTO	SALDO
Alimentación	550000
Pagos servicios domesticos	150000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS
JUNTA	presidente	Colombia

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente

SI

☐

NO

☒

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
VIRGELIO ARENAS BELTRAN	ESPOSA	

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACION EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ANIMO Y SIN ANIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:

- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

[illegible]



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQIDACIÓN APORTES RECIBO PARA PAGO

Sancolecta

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5670131
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	JOSE ANTONIO RIVERA SILVA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	LEBRIJA DEPARTAMENTO:	SANTANDER	
DIRECCIÓN:	CARRERA 2D 11D 54	TELÉFONO:	6000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	1733863731	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO: 2021

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2022/03/31	0	\$ 0	\$ 281.200
2022/04/01	1	\$ 300	\$ 281.500
2022/04/04	4	\$ 900	\$ 282.100
2022/04/05	5	\$ 1.000	\$ 282.200
2022/04/06	6	\$ 1.200	\$ 282.400
2022/04/07	7	\$ 1.500	\$ 282.700

LIQUIDACIÓN GENERAL			
			TOTALES
			COTIZANTES TOTAL PAGADO
PENSIÓN			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
800224808	230301	230301-PORVENIR	1 \$ 145.400
SUBTOTAL:			1 \$ 145.400
SALUD			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
900156264	EPS041	SUBS NUEVA EPS	1 \$ 113.600
SUBTOTAL:			1 \$ 113.600
RIESGOS PROFESIONALES			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1 \$ 22.200
SUBTOTAL:			1 \$ 22.200

TOTAL POR PAGAR:	\$ 281.200
------------------	------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT: 800.131.993-1
Calle 96 No. 12-35 Bogotá

ORIGEN DE SERVICIO

No OS: 9161684127 DV: 377178
Cajero: JOLIESOR

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 06/01/2022 15:14:26

PS Recaudador:
998980 LEBRIJA CENTRO

Cantidad cupones: 1

Identificación: 5670131

Nombre: JOSE ANTONIO RIVERA SILVA

Apellido 1: RIVERA

Apellido 2: SILVA

Documento: CEDULA DE CIUDADANIA

Telefono: 65600000

Codigo familiar: 1733863731

Periodo Pago: 2021/12

Valor Comisión: 0

Valor Iva Comisión: 0

Referencia: 5670131

Valor recibido: \$281.200,00

Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el único soporte válido para atender cualquier reclamación

Con la solicitud y aceptación de la parte de la prestación de este servicio, entienda que manifiesto verbalmente mi autorización para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a EFECTIVO LTDA., Estos datos pueden ser utilizados únicamente y exclusivamente para la prestación de servicio convenido.

Línea de servicio al cliente: (1) 6510101

serviciocliente@efectivo.com.co

NUEVA EPS S.A

Certifica..

180 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia...

CC 5670131 JOSE ANTONIO RIVERA SILVA

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A Mas de 26

Fecha Afiliación 01/01/2016 Estado Cotizante ACTIVO

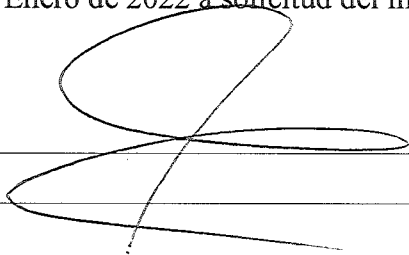
Fecha Ultimo Periodo Cotizado. 01/11/2021 Causal ACTIVO4

Fecha Cancelación. 00/00/0000

Beneficiarios

La presente certificación se expide el día 6 de Enero de 2022 a solicitud del interesado.

Observaciones



JAVIER ADOLFO PORRAS JAIMES
ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE ANTONIO RIVERA SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **5.670.131**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Enero del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14729621246



(415)7707212489984(8020) 000001472962124 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 6 7 0 1 3 1

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

5 6 7 0 1 3 1

27. Fecha expedición

1 9 7 9 0 2 2 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Lebríja

4 0 6

31. Primer apellido

RIVERA

32. Segundo apellido

SILVA

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

ANTONIO

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 2 D 11 B 54

42. Correo electrónico

servicomputolebríja@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 6 7 8 8 0 8 4

45. Teléfono 2

3 1 5 8 0 7 5 1 6 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

4 3 9 0

Actividad secundaria

47. Fecha inicio actividad

1 9 8 5 0 1 0 9

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

1 4 1 8

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 - 05 / 16 : 47 : 28

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 RIVERA SILVA JOSE ANTONIO

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	06/01/2022 16:33:25	

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 10 9 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
CII 10 9 73 B		LEBRIJA	Santander

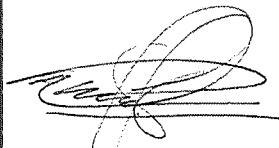
IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CC	5670131	RIVERA	SILVA		
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA		
JOSE ANTONIO		28/7/1959	CRA 2D # 11B-54		
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO	
LEBRIJA	6567828	3156788084	joseantonio1959@hotmail.com	M	
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA			
BARRIO VILLA PARAISO		Urbana			
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
Nueva EPS	37	Porvenir	3		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO		
Mes Anticipado		7/1/2022	11600000		
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	6/1/2022	30/6/2022	SI		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			
0	2000000	1000000			
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes	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

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: _____



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
7988790450
marco-1705@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRIJA, SANTANDER FECHA: 5 1 2022

EXAMEN: PREINGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 5.670.131 DE LEBRIJA, SANTANDER

NOMBRES Y APELLIDOS: JOSE ANTONIO RIVERA SILVA

SEXO: F ☐ M ☒ EDAD: 62 AÑOS ESTADO CIVIL: CASADO (A)

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

TÍTULO: PRIMARIA COMPLETA

EMPRESA: EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA E.S.P. NIT: 800137201-5

CARGO: FONTANERO FECHA DE INGRESO: 5/01/2022

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO ☐ OPERATIVO ☒ COMERCIAL ☐

BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) _____

EXÁMENES PARACLÍNICOS

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

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES ☐ SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL, SIN RESTRICCIONES LABORALES ☐
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 ☒
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES ☒ ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA

OTRO: Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis en Osteomuscular sin restricciones para el cargo. Se evidencian signos clínicos de patología Vascular en miembro inferior derecho, lo cual no implica restricciones laborales para su cargo. Se recomienda uso de medias compresivas, realización de pausas activas con énfasis en miembros inferiores, no permanecer en la misma postura de pie, quieto o sentado períodos de tiempo prolongados mayores de 2 horas continuas. Trabajador quien no presenta patologías de riesgo preexistentes, en quien su edad mayor a 60 años constituye un factor de riesgo de complicaciones en caso de infección por SARS-COV-2 (Covid-19) por lo cual se recomienda laborar bajo estricto cumplimiento de medidas preventivas, protocolos de bioseguridad y adherencia a lineamientos establecidos por Ministerio de Salud ante contingencia Covid. Es responsabilidad del empleador definir si la persona realiza su actividad laboral de manera presencial o remota de acuerdo a la viabilidad de la labor desempeñada o el proceso productivo.

REMISIONES

EPS V/M MEDICINA GENERAL
V/N OPTOMETRÍA

ARL _____

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, limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de los resultados 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 realicen 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 cumplimentados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

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

Firma: [Firma]
Nombre: JOSE ANTONIO RIVERA SILVA
CC: 5670131

RESOLUCION

CODIGO	AP-JC-RG-89
VERSIÓN	5
FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO **21982** DE **10 DIC 2015**

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO 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 RIVERA OSORIO
Secretario de Salud Departamental