

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14798070312	
				(415)7707212489984(8020) 0000014798070312	
5. Número de identificación Tributaria (NIT) 5 6 7 2 4 3 5		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	
14. Buzón electrónico 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 2 4 3 5	
27. Fecha expedición 1 9 8 7 0 4 1 0		28. País COLOMBIA		29. Departamento Santander	
30. Ciudad/Municipio Lebrija		31. Primer apellido DELGADO		32. Segundo apellido VARGAS	
33. Primer nombre HIPOLITO		34. Otros nombres		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Santander		40. Ciudad/Municipio Lebrija	
41. Dirección principal CR 8 9 99		42. Correo electrónico pastorhipolitodelgado@gmail.com			
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 7 5 4 3 1 1 9 5		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Actividad secundaria		Ocupación	
46. Código 9 6 0 9		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 1 1 1 2 2		48. Código 1 2	
49. Código 4 9		50. Código 1 2		51. Código	
52. Número establecimientos		Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Obligados aduaneros			Exportadores		
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			55. Forma 1 2 3		
56. Tipo			Servicio		
57. Modo			1 2 3		
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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		60. No. de Folios: 4		61. Fecha: 2021 - 11 - 22 / 08 : 58: 24	
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. Párrafo del artículo 1.5.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre ORTIZ BUENO GERMAN DARIO 985. Cargo Gestor I		



CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER
DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NIT 7929554-5
La Salud con Calidad Humana
Calle 13 No. 11-48, Lebrija, Santander
3188798450
marco-3705@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRUJA, SANTANDER FECHA: 29 11 2021
EXAMEN: PREINGRESO PERIÓDICO EGRESO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 5.672.435 DE LEBRUJA, SANTANDER
NOMBRES Y APELLIDOS: HIPOLITO DELGADO VARGAS
SEXO: F M EDAD: 53 AÑOS ESTADO CIVIL: CASADO (A)
GRADO DE ESCOLARIDAD
BÁSICA MEDIA TÉCNICA/TECNOLÓGICA UNIVERSITARIA POSTGRADO
TÍTULO: BACHILLER ACADÉMICO
EMPRESA: EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRUJA E.S.P. NIT: 800137201-5
CARGO: FONTANERO FECHA DE INGRESO: 29/11/2021

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO OPERATIVO COMERCIAL
BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) _____

EXÁMENES PARACLÍNICOS

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

CONCEPTO MÉDICO DE AFITUD 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
CRONOGRAMA DE LA EMPRESA TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSSEGURIDAD PARA
LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19
ADOPTADOS Y ADECUADOS POR LA EMPRESA

Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis en Osteomuscular sin restricciones para el cargo. Presenta antecedentes de patología Cardiovascular y Metabólica que no representan restricción para su cargo. Se recomienda valoración nutricional, control periódico RCV en su EPS e incluir en el sistema de vigilancia epidemiológico cardiovascular en su empresa. Paciente presenta condición de riesgo cardiovascular, se encuentra dentro de la población de riesgo de complicaciones en caso de infección por SARS-COV-2 (COVID-19), quién puede realizar actividad laboral con estricto cumplimiento de medidas preventivas y adherencia a lineamientos establecidos por Ministerio de Salud ante contingencia COVID-19. No requiere aislamiento preventivo.

REMISIONES

V/N NUTRICIONISTA _____
V/N MEDICINA GENERAL _____
EPS _____ ARL _____
V/N OPTOMETRÍA _____
INGRESO A PVE
CARDIOVASCULAR PSICOSOCIAL
OSTEOMUSCULAR VISUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitación y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico Marco Antonio Sánchez Martínez Aspirante o Trabajador Hipólito Delgado Vargas
Firma: Marco Antonio Sánchez Martínez Firma: Hipólito Delgado Vargas
Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ Nombre: HIPOLITO DELGADO VARGAS
R.M: 00274 E.R.I SST: 71982 CC: 5672435

RESOLUCION NÚMERO ~~77-21962~~ DE 13 DIC 2019

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 Secretaría 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 13 de Diciembre de 2019

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.				
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD <i>Animal</i>		PÚBLICA	PRIVADA <i>x</i>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>S/der</i>	MUNICIPIO <i>Lebrija</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS <i>3183605287</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>10</i> AÑO <i>2018</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <i>30</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2020</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Administrador de Granja</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		FECHA DE RETIRO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1996)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Lebrija, 25 de Enero de 2012

[Firma manuscrita]
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS