

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

Lebrija, día 07 del mes de 06 de 2023

Doctor

**JUAN RIVERA LOPEZ**

Gerente General

Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios de Lebrija ESP

Ciudad

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

Yo Luis Alfredo MOHA M, identificado con la cedula de Ciudadanía No. 5684896 de Matanza, 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.

✓

Firma

C.C. 5684896

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

ENTIDAD RECEPTORA  
*Empolebriga*

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

Yo, *Luis Alfredo Motta Montilla*  
 IDENTIFICADO CON: C.C. *X* C.E. T.I. N° *5604896* CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
 País *Colombia* Departamento *Santander* Municipio *Lebrija*  
 Dirección *cra 12 # 14-48* Teléfonos *3156675181*

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<i>Cecilia Mirena Ayala</i>	<i>28218709</i>	<i>ESPOSA</i>
<i>Larry Johan Motta Ayala</i>	<i>1007415905</i>	<i>Hijo</i>
<i>Julian Motta Ayala</i>	<i>1005156925</i>	<i>Hijo</i>

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	-
<b>TOTAL</b>	\$ -

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

*Luis Alfredo Motta*  
 EMPLEADOR O CONTRATANTE

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	30-06-2030	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS.	30-06-2023	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02004326371

REGISTRACIONES NOTARIAS



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

MINISTERIO DE TRANSPORTE

**LICENCIA DE CONDUCCIÓN**

No. 5684896

LIBERTAD Y ORDEN

NOMBRE

**LUIS ALFREDO NOTTA MANTILLA**

FECHA DE NACIMIENTO

**16-09-1985**

SANGRE-RH

**O+**

FECHA DE EXPEDICION

**30-06-2020**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**STRIA MCPAL TIOYTE GIRON**

**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**  
**NIT 900.226.715 - 3**

**CERTIFICA:**

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: CC-5684896  
Nombres: LUIS ALFREDO  
Apellidos: MOTTA MANTILLA  
No. de Carnet: 5C8A7BD155E0E75B8B55E83BE3CDC179  
Tipo de afiliado: CABEZA DE FAMILIA  
Fecha de afiliación: 2022-02-01  
Estado de afiliación: Activo  
Régimen: Subsidiado  
IPS: ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA  
Departamento - Municipio: SANTANDER-LEBRIJA  
Nivel Sisben: 1

**OBSERVACIONES:**

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

La anterior certificación se expide y firma el martes, 06 de junio de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta el jueves, 06 de julio de 2023

  
**CARLOS TORRES SALAZAR**  
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



## 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	5684896
NOMBRES	LUIS ALFREDO
APELLIDOS	MOTTA MANTILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	LEBRIJA

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/06/2023 14:36:18 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empolebrja

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>MOTTA</b>	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>MANTILLA</b>	NOMBRES <b>LUIS ALFREDO</b>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>5684896</b>	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> <b>COLOMBIA</b>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>16</b> MES <b>08</b> AÑO <b>1965</b> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>SANTANDER</b> MUNICIPIO <b>MATANZA</b>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>COA 12 No 14-48</b> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>S T D E E</b> MUNICIPIO <b>LEBENA</b> TELÉFONO <b>315 6675181</b> EMAIL <b>luchomotta321@hotmail.com</b>	

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <b>BACHILLER ACADÉMICO</b>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	MES	AÑO	
									<input checked="" type="checkbox"/>	<b>11</b>	<b>1984</b>	

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

# 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.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>INDEPENDIENTE</b>	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>SANTANDER</b>	MUNICIPIO <b>LEBRIJA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <b>02</b> MES <b>08</b> AÑO <b>2015</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>11</b> MES <b>11</b> AÑO <b>2022</b>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <b>PROPIETARIO</b>	DEPENDENCIA <b>TRANSPORTE REFRIGERADO</b>	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>HUERTOS MONSERATE</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>SANTANDER</b>	MUNICIPIO <b>LEBRIJA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <b>3184162821</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>10</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2010</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>25</b> MES <b>01</b> AÑO <b>2016</b>	
CARGO O CONTRATO <b>CONDUCTOR DOBLETRABAJO</b>	DEPENDENCIA <b>TRANSPORTADOR</b>	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD <b>PARTECULAR</b>	PÚBLICA	PRIVADA <b>X</b>	PAÍS <b>COLOMBIA</b>
DEPARTAMENTO <b>SANTANDER</b>	MUNICIPIO <b>LEBRIJA</b>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <b>3135426719</b>	FECHA DE INGRESO DÍA <b>19</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2005</b>	FECHA DE RETIRO DÍA <b>01</b> MES <b>06</b> AÑO <b>2010</b>	
CARGO O CONTRATO <b>CONDUCTOR DOBLETRABAJO</b>	DEPENDENCIA <b>TRANSPORTE MAL</b>	DIRECCIÓN	
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
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 1998)

**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	30	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	38	

**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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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



DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NIT 79295545-5  
La Salud con Calidad Humana  
Calle 13 No. 11-48, Lebríja, Santander  
3188798450  
marco.cmrenacer@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRÍJA, SANTANDER FECHA: 6 / 6 / 2.023

EXAMEN: PREINGRESO  PERIÓDICO  EGRESO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 5.684.896 DE MATANZA, SANTANDER

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS ALFREDO MOTTA MANTILLA

SEXO: F  M  EDAD: 57 AÑOS ESTADO CIVIL: CASADO (A)

DIRECCIÓN: CR 12 14-48, BR SAN JOSE - LEBRÍJA TELÉFONO: 3155675181

EPS: COOSALUD F. PENSION: \_\_\_\_\_ ARL: \_\_\_\_\_

GRADO DE ESCOLARIDAD  
BÁSICA  MEDIA  TÉCNICA/TECNOLÓGICA  UNIVERSITARIA  POSTGRADO

TÍTULO: BACHILLER ACADEMICO

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

CARGO: CONDUCTOR FECHA DE INGRESO: 6/06/2023

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  APTO CON RESTRICCIONES LABORALES   
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR  ENFERMEDAD PROFESIONAL   
APTO CON RECOMENDACIONES 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   
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA  NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMITIDOS PARA EL TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS   
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTES E INCIDENTES LABORALES

OTRO: Examen médico ocupacional de ingreso sin restricciones laborales. Presenta antecedentes de patología Auditiva y Urológica que no representan restricción para su cargo, se le recomienda control periódico en su EPS con respectivos especialistas. Presenta además patología a nivel de pared abdominal región inguinal derecha asintomática que no limita ni restringe su capacidad laboral. Se recomienda acudir a cita con su EPS si presenta dolor agudo en región inguinal. Presenta alteración de la agudeza visual no corregida que no restringe su capacidad laboral, se recomienda valoración y manejo por Optometría. Se recomienda realizar actividades de Prevención y Promoción en salud Visual y Auditivo.

REMISIONES

EPS CONTROL PERIODICO O.R.L. V/N OPTOMETRÍA ARL \_\_\_\_\_

INGRESO A PVE

CARDIOVASCULAR  PSICOSOCIAL  AUDITIVO   
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 tuve 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

Aspirante o Trabajador

Firma: [Firma]  
Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ  
R.M: 00274 L.R.L SST: 21982

Firma: [Firma]  
Nombre: LUIS ALFREDO MOTTA MANTILLA  
CC: 5684896

	<b>RESOLUCION</b>	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

**RESOLUCION NÚMERO 04502 DE 10 DE JUNIO**  
**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

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los

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

Revisó: Mónica Romero Cevallos – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGO  
 Pinyón, Elizabeth Caballero Zúñiga – Grupo de Acreditación en Salud S.C.C.O.

2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización	4. Número de formulario 14918614468
  (415)7707212489984(8020) 000001491861446 8	

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 6 8 4 8 9 6	6. DV 5	12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	14. Buzón electrónico 4
---	------------	---	----------------------------

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de Identificación 5 6 8 4 8 9 6	27. Fecha expedición 1 9 8 3, 1 2, 1 2
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Santander	30. Ciudad/Municipio Matanza 4 4 4
31. Primer apellido MOTTA	32. Segundo apellido MANTILLA	33. Primer nombre LUIS	34. Otros nombres ALFREDO
35. Razón social			
36. Nombre comercial			
37. Sigla			

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA	39. Departamento Santander	40. Ciudad/Municipio Lebríja
41. Dirección principal CR 12 14 48	42. Correo electrónico luhomotta321@hotmail.com	43. Código postal
44. Teléfono 1 3 1 5 6 6 7 5 1 8 1	45. Teléfono 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código	
4 9 2 3	2 0 1 2, 0 6, 1 9			1	2	9 3 3 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
20- Obtención NIT	2	0																								

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

Obligados aduaneros										Exportadores				
54. Código										55. Forma	56. Tipo	Servicio		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			1 2 3		
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20										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 <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	60. No. de Folios:	0	61. Fecha	2023 - 06 - 05 / 21 : 24: 58
------------	-----------------------------	--	--------------------	---	-----------	------------------------------

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 MOTTA MANTILLA LUIS ALFREDO  
985. Cargo CONTRIBUYENTE