

Bogotá DC, julio de 2021

Ingeniera:

**INGRID LISBETH RAMIREZ MORENO**

Subdirectora de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP

Bogotá D.C.

Respetada Ingeniera:

Me permito presentar mi propuesta como contratista para ejecutar el siguiente objeto: “SSF-026 Prestar los servicios profesionales en la Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público para apoyar en el acompañamiento psicológico a los usuarios de los servicios funerarios en los Cementerios propiedad del Distrito”.

#### **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

1. Realizar la orientación psicológica a los usuarios de los servicios funerarios de los cementerios de propiedad del Distrito, en los asuntos relacionados con manejo del duelo, manejo de crisis, etc.
2. Proyectar respuesta a los requerimientos solicitados por los usuarios de los cementerios de Propiedad del Distrito, desde su competencia.
3. Suministrar la información correspondiente para el manejo psicológico de los usuarios de los servicios funerarios integrales de los Cementerios de propiedad del Distrito
4. Realizar talleres psicológicos, dirigidos a los usuarios de los Cementerios propiedad del distrito.
5. Realizar la difusión de la información correspondiente a los subsidios funerarios y servicios integrales prestados en los cementerios propiedad del distrito capital, con las comunidades objeto de la prestación de los servicios funerarios.
6. Realizar encuestas de satisfacción a los usuarios de los cementerios de propiedad del Distrito relacionados con servicios funerarios de destino final y/o integrales.
7. Consolidar, diligenciar y realizar el seguimiento a las bases de datos de usuarios de los servicios funerarios de destino final y/o integrales.
8. Cumplir las demás obligaciones relacionadas con el objeto del contrato y con las demás que le sean asignadas por el Supervisor del presente Contrato.

**VALOR:** Las mensualidades serán iguales, sucesivas y vencidas, cada una por un valor de **CUATRO MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL PESOS (\$4.088.000) M/CTE**, incluidos los impuestos de ley a que haya lugar que conlleven la celebración y ejecución total del contrato.

**PLAZO DE EJECUCION:** El plazo de ejecución del contrato será por CINCO (5) MESES, contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato.

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que:

1. Que conozco las normas legales vigentes sobre contratación con entidades públicas y no me encuentro incurso en ninguna casual de inhabilidad o incompatibilidad para contratar o en posibles conflictos de interés reales, potenciales o aparentes.
2. Que me obligo con **LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS**, a no utilizar el objeto de esta contrato y/o utilizar a la **UNIDAD**, como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas, o para dar apariencia de legalidad a actividades delictivas o a transacciones o fondos vinculados con las mismas y a informar a la **UNIDAD**, inmediatamente, cualquier sospecha o información que llegare a conocer relacionada con este tema, respecto de las obligaciones derivadas del presente contrato.
3. Que todos los documentos que aporte con la presente propuesta para la suscripción del futuro de contrato son veraces y que autorizo a la UAESP de manera previa, expresa e inequívoca para la recolección de mis datos personales, así como el tratamiento, almacenamiento y uso de la información para la contratación y todos los aspectos atinentes al CONTRATO, así como la publicación de la información de mi hoja de vida.

Atentamente,



**LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO**  
**C.C. 1.121.916.348**



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -  
UAESP

**Sideap** 2.0  
Última Actualización: 19-jul-2021

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>GARCIA                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>BRICEÑO                          | NOMBRES<br>LEIDY MARITZA                                                                                                                                 |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1121916348 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                    |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                          |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 18 MES SEP AÑO 1994<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Meta<br>CIUDAD Villavicencio                      |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 8167D 62<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3118083137<br>EMAIL leidygarbric@gmail.com |

## 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 BASICA |     |     |     |     |            |     |     |     |       |      | TITULO      Bachiller Academico |           |  |     |      |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|---------------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                  |           |  |     |      |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                             | DICIEMBRE |  | AÑO | 2011 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).  
ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO<br>SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN<br>MES AÑO | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Universitaria          | 10                         | X                 | PSICOLOGÍA                                  | 11 2019                | 208848                        |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                      | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN           | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------|
| ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES | FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS    | 2015            | 64    |
| MANEJO DE PACIENTE CRÍTICO (UCI)      | FORTALECER                         | 2014            | 48    |
| AUXILIAR EN ENFERMERÍA                | CORPORACIÓN NACIONAL DE LOS LLANOS | 2013            | 1800  |
| ACTUALIZACIÓN EN MEDICAMENTOS         | CRPORACIÓN NACIONAL DE LOS LLANOS  | 2013            | 20    |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -  
UAESP



Última Actualización: 19-jul-2021

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                    | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN           | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------|
| SOPORTE VITAL BÁSICO - RCP          | CORPORACIÓN NACIONAL DE LOS LLANOS | 2013            | 20    |
| PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN P.A.I | CORPORACIÓN NACIONAL DE LOS LLANOS | 2012            | 8     |

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO                                                                 |                                                       |                                                  |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP | PÚBLICA<br>X                                          | PRIVADA                                          | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                       | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>uaesp@uaesp.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3580400                                                              | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 24 MES 3 AÑO 2021             | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 6 MES 7 AÑO 2021          |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Contratista                                                   | DEPENDENCIA<br>Subdirección de Servicios Funerarios y | DIRECCIÓN<br>Avenida Caracas No. 53-80           |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                             |                                          |                                                                  |                  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Clínica Vive LTDA        | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                                     | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                          | MUNICIPIO<br>Villavicencio               | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>talentohumanoclinicavive@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3184895565                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 3 MES 9 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 20 MES 11 AÑO 2019                        |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Practicante de Psicología | DEPENDENCIA<br>Unidad de Salud Mental    | DIRECCIÓN<br>Km 10 Vía Puerto Lopez                              |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -  
UAESP



Última Actualización: 19-jul-2021

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO                             |                                           |                                                                  |                  |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Clínica Vive LTDA        | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                     | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                          | MUNICIPIO<br>Villavicencio                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>talentohumanoclinicavive@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3184895565                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 26 MES 2 AÑO 2019 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 3 MES 5 AÑO 2019                          |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Practicante de Psicología | DEPENDENCIA<br>Unidad de Salud Mental     | DIRECCIÓN<br>Km 10 Vía Puerto Lopez                              |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                      |                                           |                                                 |                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Corporación IPS Llanos Orientales | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                                   | MUNICIPIO<br>Villavicencio                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Sin Dato          |                  |
| TELÉFONOS<br>5552129                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 11 AÑO 2017 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 7 AÑO 2018        |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Enfermería             | DEPENDENCIA<br>Promoción y Prevención     | DIRECCIÓN<br>Calle 98 N° 69 B- 74 Barrio Morato |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                     |                                           |                                                |                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Corporación Ips Llano Orientales | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                                  | MUNICIPIO<br>Villavicencio                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Sin Dato         |                  |
| TELÉFONOS<br>2879626                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 12 MES 7 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 11 MES 10 AÑO 2017      |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Enfermería            | DEPENDENCIA<br>Promoción y Prevención     | DIRECCIÓN<br>Calle 98 N° 69 B-74 Barrio Morato |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -  
UAESP



Última Actualización: 19-jul-2021

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO                                      |                                           |                                                |                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Corporación Ips Llanos Orientales | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                   | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                                   | MUNICIPIO<br>Villavicencio                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Sin Dato         |                  |
| TELÉFONOS<br>2879626                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 16 MES 6 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 15 MES 6 AÑO 2016       |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Enfermería             | DEPENDENCIA<br>Promoción y Prevención     | DIRECCIÓN<br>Calle 98 N° 69 B-74 Barrio Morato |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                        |                                           |                                                      |                  |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Asollanos LTDA      | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                         | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                     | MUNICIPIO<br>Villavicencio                | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>gerencia@asollanos.com |                  |
| TELÉFONOS<br>6701880                     | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 19 MES 1 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 15 MES 2 AÑO 2015             |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Medicina | DEPENDENCIA<br>Salud Ocupacional          | DIRECCIÓN<br>Calle 15 No. 37j-16 La Esperanza Octava |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                          |                                                 |                                                          |                  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Dr. Mauricio Melo     | PÚBLICA                                         | PRIVADA<br>X                                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                       | MUNICIPIO<br>Villavicencio                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>albertomelp_59@hotmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>6723232                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 21 MES 8 AÑO 2014       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 16 MES 1 AÑO 2015                 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Enfermería | DEPENDENCIA<br>Consultorio de Gastroenterología | DIRECCIÓN<br>Cra. 36 No. 35-09 B. Barzal                 |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -  
UAESP



Última Actualización: 19-jul-2021

3

## EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

| EMPLEO O CONTRATO                                     |                                              |                                          |                  |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Cuidado Vital de Colombia S.A.S. | PÚBLICA                                      | PRIVADA<br>X                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                                  | MUNICIPIO<br>Villavicencio                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Sin Dato   |                  |
| TELÉFONOS<br>3202454467                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 6 AÑO 2014     | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 7 AÑO 2014 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Enfermería            | DEPENDENCIA<br>Unidad de Cuidados Intensivos | DIRECCIÓN<br>Calle 36 No. 37 - 26 Barzal |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                          |                                            |                                          |                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Clínica Meta          | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                       | MUNICIPIO<br>Villavicencio                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Sin Dato   |                  |
| TELÉFONOS<br>6614400                       | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 17 MES 12 AÑO 2013 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 16 MES 3 AÑO 2014 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Enfermería | DEPENDENCIA<br>Promoción y Prevención      | DIRECCIÓN<br>Calle 33 No. 36-50 Barzal   |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                      |                                            |                                           |                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Clínica Meta                      | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                              | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Meta                                   | MUNICIPIO<br>Villavicencio                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Sin Dato    |                  |
| TELÉFONOS<br>6614400                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 10 AÑO 2013 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 16 MES 12 AÑO 2013 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Practicante Auxiliar de Enfermería | DEPENDENCIA<br>Servicio Asistencial        | DIRECCIÓN<br>Calle 33 No. 36-50 Barzal    |                  |



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos -  
UAESP



Última Actualización: 19-jul-2021

4

## TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------|-----------------------|-------|
|           | AÑOS                  | MESES |
| Privada   | 4                     | 5     |
| Pública   | 0                     | 3     |
| Total     | 4                     | 9     |

5

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 19-jul-2021

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Leidy Briceño

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



## FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

El futuro  
es de todosGobierno  
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural  
(LEY 190 DE 1995)Unidad Administrativa Especial de  
Servicios Públicos - UAESP

Última Actualización: 07-jul-2021

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1121916348 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 8167D 62

Teléfonos 3225127127 3118083137

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS           | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-------------------------------|------------------------|------------|
| Magdiel Ahiezer Garcia Leyton | 17280802               | Padre      |
| Ruth Marleny Briceño Chirivi  | 51671743               | Madre      |

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 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 | \$ 0,00          |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 24.578.484,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 24.578.484,00 |

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 |
|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| Banco de Bogotá    | Cuenta de ahorros | 357202993           | Av Cuarenta       | \$ 1.639.065,00    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR   |
|--------------|-------------------------|---------|
|              |                         | \$ 0,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA                | CONCEPTO        | VALOR            |
|----------------------------------|-----------------|------------------|
| Universidad Católica de Colombia | Especialización | \$ 10.000.000,00 |



El futuro  
es de todos

Gobierno  
de Colombia

## FORMULARIO ÚNICO

### DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Unidad Administrativa Especial de  
Servicios Públicos - UAESP



Última Actualización: 07-jul-2021

#### 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO                                                                   | NÚMERO DOCUMENTO |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                     | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> |                  |

#### 2. ACTIVIDAD ECONOMICA 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 PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |

#### 3. FIRMA

Leidy Briceño

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 07-jul-2021

CIUDAD Y FECHA

[Registrar nueva Información del usuario](#)

Listar Información del usuario

**Formulario 183.205 finalizado**

| Acciones                                                                            | Entidad                                              | Cargo | ¿Es usted Contratista? | Publicación de la información | Fecha de publicación |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|------------------------|-------------------------------|----------------------|
|  | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS |       | Si                     | OTRO                          | 2021-07-07 21:21     |
|  | UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS |       | Si                     | PERIÓDICO                     | 2021-02-15 19:16     |

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escribanos a: [soporteconflictointeres@funcionpublica.gov.co](mailto:soporteconflictointeres@funcionpublica.gov.co).

Publicación y divulgación proactiva de la declaración de bienes y rentas, del registro de conflictos de interés y la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios



Tipo de declaración

OTRO

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

LEIDY

MARITZA

GARCIA

BRICEÑO

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1121916348

Lugar de nacimiento

País

Colombia

Departamento

Meta

Municipio

VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País

Colombia

Departamento

Bogotá D.C

Municipio

BOGOTÁ

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS  
PÚBLICOS

Lugar de sede

País

Colombia

Departamento

Bogotá D.C

Municipio

BOGOTÁ

Dirección

CALLE 52 N° 13 - 64 PISO 6

Cargo o función que cumple

CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto 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 ACREENCIAS

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

| CONCEPTO                            | VALOR           |
|-------------------------------------|-----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$0,00          |
| Cesantías e intereses de cesantías  | \$0,00          |
| Gastos de representación            | \$0,00          |
| Arriendos                           | \$0,00          |
| Honorarios                          | \$24.578.484,00 |
| Otros ingresos y rentas             | \$0,00          |
| TOTAL                               | \$24.578.484,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|----------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CORRIENTE      | Colombia                 | \$1.639.065,00                                                          |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
|          |       |
|          |       |
|          |       |
|          |       |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos:      Sí ☐      No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |
|                              |        |                    |      |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones:      Sí ☐      No ☒

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|-------------------------------------------|------|------------------|------|
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |
|                                           |      |                  |      |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas:      Sí ☐      No ☒

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 participación |
|----------------------------|---------------------|
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |
|                            |                     |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente:      Sí ☐      No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:      Sí ☐      No ☐

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
|               |                |                 |                  |

Tipo documento       Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:      Sí ☐      No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|------------|----------|--------------------------------|------------------------|------------------------------------------------|
|            |          |                                |                        |                                                |
|            |          |                                |                        |                                                |
|            |          |                                |                        |                                                |
|            |          |                                |                        |                                                |

### 2.3. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí ☐      No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.916.348

GARCIA BRICEÑO

APELLIDOS

LEIDY MARITZA

NOMBRES

Leidy Garcia B.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1994  
VILLAVICENCIO  
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

B+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

17-OCT-2012 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-5200100-00413563-F-1121916348-20121127

0031777533A 1

38856925





Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

BERNARDO USECHE ALDANA  
Presidente del Consejo Directivo

[www.colpsic.org.co](http://www.colpsic.org.co)



**COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS**



**TARJETA PROFESIONAL  
DE PSICÓLOGO**

No.208848

Fecha de expedición: 2020-03-12

**LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO**  
**C.C. 1.121.916.348**

Ley 1090 de 2006

La suscrita Presidenta del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

**HACE CONSTAR:**

Que **LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO**, identificado/a con documento de identidad No. **1121916348** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 208848 expedida el 12/03/20, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículos No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el portador de la Tarjeta Profesional, está habilitado para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 13 de julio de 2021.

Cordialmente,



**GLORIA AMPARO VELEZ DE CLEVES**

Presidenta del Consejo Directivo Nacional



Bogotá D.C., 7 de Julio de 2021 - 22:16 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS  
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL CIENTO VEINTIUNO MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO** de VILLAVICENCIO

**1121916348**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

**WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co). Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

**Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - [www.personeriabogota.gov.co](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **7\_WWN9\_1622**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

[INICIO](#)

[CONTÁCTENOS](#)

[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

### Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:19:36 PM horas del 07/07/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1121916348**

Apellidos y Nombres: **GARCIA BRICEÑO LEIDY MARITZA**

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.

[Volver al Inicio](#)

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 170799580



WEB

22:23:54

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 07 de julio del 2021

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121916348:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MANUEL ANTONIO ESPINOSA FIGUEREDO  
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

**ATENCIÓN :**

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



## Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 07/07/2021 10:26:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1121916348** y Nombre: **LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **24150804** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información ... 5159000

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

[www.policia.gov.co](http://www.policia.gov.co)

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 07 de julio de 2021, a las 22:27:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1121916348             |
| Código de Verificación | 1121916348210707222748 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



**SORAYA VARGAS PULIDO**  
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





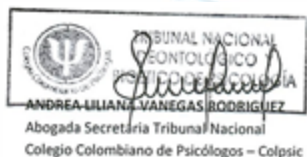
## COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

### TRIBUNAL NACIONAL DEONTOLÓGICO Y BIOÉTICO DE PSICOLOGÍA

La suscrita Abogada Secretaria del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología hace constar que, una vez consultados los registros de los Tribunales Departamentales Deontológicos y Bioéticos de Psicología, NO se encontró que **LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO**, identificada/o con documento de identidad N° **1121916348**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

La presente certificación tiene validez de tres (03) meses, y no acredita la calidad de psicólogo.

Se expide en Bogotá, D.C., el 13 de julio de 2021.



**ANDREA LILIANA VANEGAS RODRÍGUEZ**

Abogada Secretaria

Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología

Colegio Colombiano de Psicólogos – Colpsic

[tribunal.nacional@colpsic.org.co](mailto:tribunal.nacional@colpsic.org.co)

**Nota:** La veracidad de este antecedente puede ser consultado remitiendo solicitud al correo electrónico [tribunal.nacional@colpsic.org.co](mailto:tribunal.nacional@colpsic.org.co)





La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre la

## Institución Educativa Narciso José Matus Torres

Autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según resolución No. 1161 del 15 de Noviembre de 2000

Nit: 800.218.712 - 5      Dane: 150001003382      Código Jefes Jornada Mañana: 139055, Tarde: 081950

Confiere a:

*Leidy Maritza García Briceño*

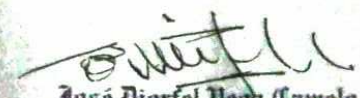
Identificado(a) con la C.I. No. 940918-09057

El Título de:

### Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, que lo(a) habilita para ingresar a la Educación Superior, según el Plan Curricular de Estudios y programas vigentes de la ley General de Educación.

  
Lic. Marco Fidel López López  
Rector

  
José Diorfel Vega Camelo  
Secretario

Anotado en el Acta general de graduación No. 032      Folio No. \_\_\_\_ del Libro para Control Interno de Diplomas No. 002

Dado en Villavicencio, Meta a los 02 días del mes de Diciembre de 2011

No requiere registro de la Secretaría de Educación según decreto 921 del 06 de Mayo de 1994, y 2150 del 05 de diciembre de 1993, de la Presidencia de la República





**UNIMINUTO**

**Corporación Universitaria Minuto de Dios**  
**Leidy Maritza Garcia Briceño**

CC No. 1.121.916.348

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

**Psicóloga**

*en testimonio se firma y sella este diploma*

Consejo de Fundadores

Rector UVD

Rector General

Secretario General



Presencia jurídica otorgada por  
resolución 18345 del 1 de agosto de 1998,  
Ministerio de Educación Nacional

**República de Colombia**

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con SecureDoc

Folio 021 del Libro de Registro No. 818  
Bogotá, 08 de marzo de 2020  
No. 112208

CE-006 - 0000000100 – 2021

## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1121916348                 |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Garcia Briceño, Leidy Maritza |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                       |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente                 |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/08/2020                    |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                       |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                    |
| REGIMEN                         | Contributivo                  |

La presente se expide a nombre de Garcia Briceño, Leidy Maritza, a los 08 días del mes de julio del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.916.348**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Julio del 2021.

Cordialmente,



\_\_\_\_\_  
Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



| CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD             |                                      |                                                   |                                          | Edición    |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|------------|
|                                           |                                      |                                                   |                                          | 1          |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD                    | 1121916348                           | FECHA                                             | 19 05 2020                               | CIUDAD     |
|                                           |                                      |                                                   |                                          | EMPRESA    |
| DATOS DEL TRABAJADOR                      |                                      |                                                   |                                          |            |
| PRIMER APELLIDO                           | García                               | SÉGUNDO APELLIDO                                  | Briceño                                  | NOMBRES    |
| EDAD                                      | 250                                  | CARGO                                             | Aux. Enfermería                          | ANTIGÜEDAD |
| TIPO DE EXAMEN                            |                                      |                                                   |                                          |            |
| <input type="checkbox"/> REINTEGRO        | <input type="checkbox"/> REUBICACION | <input checked="" type="checkbox"/> INGRESO       | <input type="checkbox"/> EGRESO O RETIRO |            |
| <input type="checkbox"/> POST INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> PERIODICO   | <input type="checkbox"/> MANIPULADOR DE ALIMENTOS |                                          |            |

| RESULTADOS DE EXAMENES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |                          | RESULTADOS DE LABORATORIO                                  |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--------------------------|----|----|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--|--|---------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|----------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NORMAL                                                     | ANORMAL                  |                                                            | NORMAL                   | ANORMAL                  |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| MEDICO OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | GLICEMIA                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| OPTOMETRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | COLESTEROL TOTAL                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| AUDIOMETRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | COLESTEROL HDL                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| ESPIROMETRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | COLESTEROL LDL                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| E.C.G.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | TRIGLICERIDOS                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> | VDRL                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| CUAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |                          | CUADRO HEMATICO                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |                          | CONCEPTO EXAMENES PERIODICOS                               |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Apto con patologia que no limita su labor</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apto sin patologia aparente</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apto con recomendaciones</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aplazado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No apto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apto para desempeñar el cargo y trabajo en alturas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apto para desempeñar el cargo y manipular alimentos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |                          |                                                            | SI                       | NO                       | Apto con patologia que no limita su labor | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apto sin patologia aparente                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | Apto con recomendaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplazado                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No apto                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apto para desempeñar el cargo y trabajo en alturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apto para desempeñar el cargo y manipular alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Puede continuar desempeñando su labor</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aplazado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Puede desempeñar su labor con recomendaciones</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Requiere reubicacion laboral</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |  |                  |                          | SI | NO | Puede continuar desempeñando su labor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aplazado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puede desempeñar su labor con recomendaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Requiere reubicacion laboral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                                         | NO                       |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto con patologia que no limita su labor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto sin patologia aparente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto con recomendaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Aplazado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| No apto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto para desempeñar el cargo y trabajo en alturas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto para desempeñar el cargo y manipular alimentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                                         | NO                       |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Puede continuar desempeñando su labor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Aplazado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Puede desempeñar su labor con recomendaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Requiere reubicacion laboral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| CONCEPTO EXAMEN DE RETIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                            |                          | CONCEPTO OTROS EXAMENES                                    |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Realizado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trabajador sin evidencia de enfermedad laboral o secuelas de accidentes de trabajo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |                          |                                                            | SI                       | NO                       | Realizado                                 | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | Trabajador sin evidencia de enfermedad laboral o secuelas de accidentes de trabajo | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Apto para realizar trabajo en altura</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apto para realizar trabajo de corriente electrica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Apto para manipular alimentos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                          |                          |                                 | SI                       | NO                       | Apto para realizar trabajo en altura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apto para realizar trabajo de corriente electrica  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apto para manipular alimentos                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                                         | NO                       |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Trabajador sin evidencia de enfermedad laboral o secuelas de accidentes de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                                                         | NO                       |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto para realizar trabajo en altura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto para realizar trabajo de corriente electrica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Apto para manipular alimentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/> |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| RECOMENDACIONES DE SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |                          | CONCEPTO DE OTROS EXAMENES                                 |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL</th> <th colspan="2">MANEJO POR EPS/ARL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dieta y ejercicio regular</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Remision a ARL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dieta, ejercicio regular y medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Remision a EPS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Descartar alteracion metabolica</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Continuar manejo medico</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro: ___ Cual? ___</td> <td></td> <td>Cirugia General</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Ortopedia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Medicina General</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Fisiatria</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Nutrición</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Otorrino</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Medicina Interna</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Otro: ___ Cual? ___</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                            |                          | SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL                                   |                          | MANEJO POR EPS/ARL       |                                           | Dieta y ejercicio regular           | <input type="checkbox"/> | Remision a ARL                                                                     | <input type="checkbox"/>            | Dieta, ejercicio regular y medicamentos | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Remision a EPS           | <input type="checkbox"/> | Descartar alteracion metabolica | <input type="checkbox"/> | Continuar manejo medico  | <input type="checkbox"/>             | Otro: ___ Cual? ___      |                          | Cirugia General                                    | <input type="checkbox"/> |                          |                                                     | Ortopedia                | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Medicina General | <input type="checkbox"/> |    |    | Fisiatria                             | <input type="checkbox"/> |                          |          | Nutrición                | <input type="checkbox"/> |                                               |                          | Otorrino                 | <input type="checkbox"/>     |                          |                          | Medicina Interna | <input type="checkbox"/> |  |  | Otro: ___ Cual? ___ |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>RECOMENDACIONES</th> <th>PROGRAMA A INCLUIR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Control periodico</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Prevencion DME</td> </tr> <tr> <td>Higiene postural</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascular</td> </tr> <tr> <td>Pausas Activas</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Prevencion adicciones</td> </tr> <tr> <td>Utilizacion de ayudas Ergonomicas</td> <td><input type="checkbox"/> Prevencion alteraciones auditivas</td> </tr> <tr> <td>Medidas anti exstasis venoso</td> <td><input type="checkbox"/> Prevencion alteraciones visuales</td> </tr> <tr> <td>Evaluacion del puesto de trabajo</td> <td>Otro: ___ Cual? ___</td> </tr> <tr> <td>Reasignacion de funciones</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |  |  | RECOMENDACIONES | PROGRAMA A INCLUIR | Control periodico | <input checked="" type="checkbox"/> Prevencion DME | Higiene postural | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascular | Pausas Activas | <input checked="" type="checkbox"/> Prevencion adicciones | Utilizacion de ayudas Ergonomicas | <input type="checkbox"/> Prevencion alteraciones auditivas | Medidas anti exstasis venoso | <input type="checkbox"/> Prevencion alteraciones visuales | Evaluacion del puesto de trabajo | Otro: ___ Cual? ___ | Reasignacion de funciones | <input type="checkbox"/> |
| SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            | MANEJO POR EPS/ARL       |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Dieta y ejercicio regular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                   | Remision a ARL           | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Dieta, ejercicio regular y medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                   | Remision a EPS           | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Descartar alteracion metabolica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                   | Continuar manejo medico  | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Otro: ___ Cual? ___                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                            | Cirugia General          | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            | Ortopedia                | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            | Medicina General         | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            | Fisiatria                | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            | Nutrición                | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            | Otorrino                 | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            | Medicina Interna         | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            | Otro: ___ Cual? ___      |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | PROGRAMA A INCLUIR                                         |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Control periodico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Prevencion DME         |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Higiene postural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascular         |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Pausas Activas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Prevencion adicciones  |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Utilizacion de ayudas Ergonomicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Prevencion alteraciones auditivas |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Medidas anti exstasis venoso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Prevencion alteraciones visuales  |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Evaluacion del puesto de trabajo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Otro: ___ Cual? ___                                        |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| Reasignacion de funciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                   |                          |                                                            |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |
| <b>Dr. Carlos Eduardo Pizarro</b><br>Médico Cirujano Especialista<br>en Medicina del Trabajo<br>PUJ. Universidad del Rosario<br>RM 7374-92 Lic. 506339<br>FIRMA Y SELLO<br>No tarjeta profesional-Resolucion SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |                          | <b>Ledy Briceño</b><br>1.121.916.348<br>FIRMA<br>No cedula |                          |                          |                                           |                                     |                          |                                                                                    |                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |                                 |                          |                          |                                      |                          |                          |                                                    |                          |                          |                                                     |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                  |                          |    |    |                                       |                          |                          |          |                          |                          |                                               |                          |                          |                              |                          |                          |                  |                          |  |  |                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |                 |                    |                   |                                                    |                  |                                                    |                |                                                           |                                   |                                                            |                              |                                                           |                                  |                     |                           |                          |

CERTIFICO NO QUE HE OMITIDO INFORMACION DE MI ESTADO DE SALUD, TODO PUEDE SER VERIFICADO Y CONFIRMADO. AUTORIZO A LA EMPRESA PARA SOLICITAR INFORMACION QUE SEA NECESARIA PARA EL SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMOLOGICOS ESTABLECIDOS EN LA EMPRESA.



**FORMATO DE RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
PERSONA NATURAL**

Yo, LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO identificado con cedula de ciudadanía No 1.121.916.348 expedida en la ciudad de Villavicencio/Meta, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que NO (X) he suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales y que relaciono a continuación:

| Entidad Estatal | Contrato No.<br>(Vigentes) | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización |
|-----------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|
|                 |                            |                 |                       |
|                 |                            |                 |                       |
|                 |                            |                 |                       |
|                 |                            |                 |                       |

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los siete (07) días del mes de Julio del año 2021.

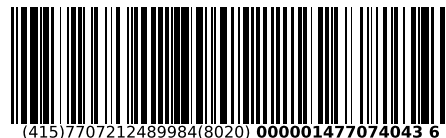


Firma

Nombre: LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO

C. C : 1.121.916.348

14770740436



(415)7707212489984(8020) 000001477074043 6

## Impuestos de Bogotá

Fecha:07/07/2021

LEIDY MARITZA GARCIA BRICEÑO

|                        |                        |                      |            |            |              |
|------------------------|------------------------|----------------------|------------|------------|--------------|
| Dirección:             | KR 8 167 D 62          | Teléfonos:           | 3225127127 |            |              |
| Dirección electrónica: | leidygarbric@gmail.com | Ciudad:              | BOGOTÁ DC  | Municipio: | BOGOTÁ, D.C. |
| Fecha de Inscripción:  | 26/05/2020             | Soporte Inscripción: | -          |            |              |

|                                      |                                         |                                      |                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL |                                         | Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA | Fecha desde: 19/05/2020 |
| Matrícula Mercantil:NO               | Fecha inicio de Actividades: 19/05/2020 | Fecha de cese de Actividades: NO     | No. Establecimientos: 0 |

## Actividad 5:

## REPRESENTANTES ACTIVOS

Fuente: RIT-SHD



El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LEIDY GARCIA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.121.916.348 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 357202993, abierta/o desde el 26/12/2013.

Se expide en Bogotá el día 7 del mes de Julio del año 2021 con destino a: UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PÚBLICOS



---

Firma Autorizada