

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.015.470.285**

BAYONA PEREZ

APELLIDOS

LAURA DANIELA

NOMBRES

Jaw BP
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1997**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

A+

G.S. RH

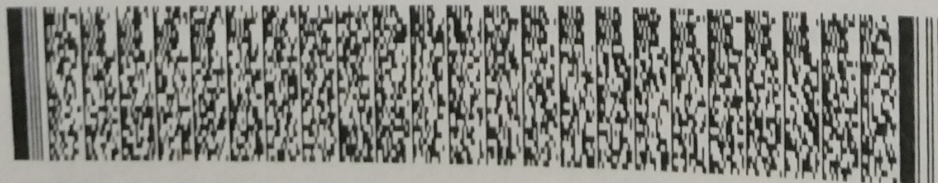
F

SEXO

10-AGO-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00747991-F-1015470285-20150917

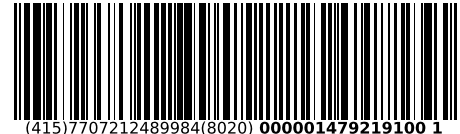
0046481699A 2

44343425

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14792191001



(415)7707212489984(8020) 000001479219100 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 5 4 7 0 2 8 5 6. DV 3 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 26. Número de Identificación 1 0 1 5 4 7 0 2 8 5 27. Fecha expedición 2 0 1 5, 0 8, 1 0
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9 29. Departamento Bogotá D.C. 1 1 30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
31. Primer apellido BAYONA 32. Segundo apellido PEREZ 33. Primer nombre LAURA 34. Otros nombres DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Bogotá D.C. 1 1 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal CL 70 G 111 A 95

42. Correo electrónico laurabayona27@gmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 9 3 4 6 2 7 45. Teléfono 2 3 1 9 6 5 0 1 3 6 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8 2 9 9	2 0 2 0, 0 8, 2 8			1 2	

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3
57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2021 - 10 - 11 / 17 : 05: 55

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

fw B.P.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BAYONA PEREZ LAURA DANIELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

12/10/2021

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LAURA DANIELA BAYONA PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015470285**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488420385830
Fecha de apertura	03/04/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Nombre: BAYONA PEREZ LAURA DANIELA
Genero: Femenino
Cargo: ENCUESTADOR
Fecha de ingreso: 31/03/2021 02:19 p. m.
Empresa: SALUD OCUPACIONAL CALLE 49
Tipo de evento: Ingreso

Identificación: CC 1015470285
Edad: 23 AÑOS
Orden No. 196370
Fecha de salida: 31/03/2021 02:28 p. m.
Destino: SALUD OCUPACIONAL CALLE 49



Tipo de evaluación: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Examen Médico Ocupacional Con Énfasis Osteomuscular

Concepto SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Restricción y/o causa de aplazamiento:

NO

Recomendaciones

Ejercicio cardiovascular periódico. Hábitos alimentarios dieta balanceada. Control médico preventivo Recomendaciones laborales: Examen ocupacional periódico según SST de la empresa. Realizar pausas activas durante la jornada laboral.

Realizar ejercicios de dorsiflexión plantar en bipedestación prolongada. Mantener buena higiene postural.
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

Observaciones

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo, definidos en la matriz de riesgos de la empresa. Adherir integralmente a los protocolos y lineamientos del Ministerio de Salud y presidencia de la república para la pandemia COVID-19. El paciente no refiere clínica ni morbilidades preexistentes susceptibles a los efectos del contagio del coronavirus COVID-19, según circular 0030 de mayo de 2020 Ministerio de Salud

Encuesta para síntomas de COVID aplicada al ingreso de la sede: Satisfactori

Incluir en SVE No

Programa de Promoción y Prevención Visual



Jan 6 e

Nombre Médico Evaluador
URRUCHURTU DEL TORO JULIO CÉSAR
Registro médico: 5-155001 LIC.SO 01793

Paciente
BAYONA PEREZ LAURA DANIELA
CC 1015470285

AUTORIZACIÓN MANEJO DE INFORMACIÓN

De acuerdo con la normatividad nacional, autorizo de manera voluntaria al Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE / Fondo Rotatorio del Departamento Administrativo Nacional de Estadística FONDANE para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento y uso de los datos para prevenir, tratar o controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos. En cumplimiento del principio de acceso, se garantiza que los datos solo podrán ser usados por el personal autorizado y la información solo se utilizará para prevenir la propagación del COVID- 19.

Así mismo y teniendo en cuenta que de acuerdo con el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE - FONDANE, de ser considerado un caso sospechoso o tener diagnóstico de COVID-19 positivo, sé que debo proceder con el proceso de aislamiento de los contactos estrechos (a menos de 2 metros por más de quince minutos) en los tres radios de propagación¹, autorizo a la entidad a suministrar la información necesaria a la respectiva Entidad Promotora de Salud – EPS y a la Administradora de Riesgos Laborales –ARL, así como a los contactos estrechos reportados.

Manifiesto que he entendido la finalidad de los datos, para lo cual acepto y me comprometo a brindar información veraz, completa y exacta para tal fin.

CONDICIONES DE SALUD

A continuación, me permito manifestar los antecedentes médicos que registran a mi nombre con el fin de ser tenidos en cuenta bajo el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y en particular en el marco de las medidas adoptadas para la contención del COVID-19.

Agradecemos seleccionar los antecedentes que apliquen a su caso, marcando una (x) según corresponda:		
☐ Diabetes	☐ Enfermedad Pulmonar EPOC	☐ Cáncer de cualquier tipo
☐ Hipertensión arterial	☐ Otros problemas pulmonares	☐ Obesidad (IMC>30)
☐ Accidente Cerebrovascular	☐ Tuberculosis	☐ Desnutrición
☐ Enfermedades cardiovasculares	☐ Enfermedades autoinmunes	☐ Enfermedad renal
☐ Asma	☐ Uso de corticoides	☒ Ninguno de los anteriores

Agradecemos responder las preguntas señaladas a continuación, marcando una (x) según corresponda:	SI	NO
¿He tenido sospecha o he sido diagnosticado por COVID-19? Marque con una (X)		X
Si la respuesta fue si, por favor informe la fecha del diagnóstico o de la sospecha:		
Si ha tenido sospecha o ha sido diagnosticado por COVID-19, marque con una X según corresponda: Recuperado _____ En tratamiento _____		

¹ Radio 1: Entorno familiar, vecinos, domiciliarios; Radio 2: Entorno laboral, entorno vivienda, medio de transporte propio; Radio 3: Establecimientos comerciales, transporte público, establecimientos cercanos a la entidad.

Agradecemos responder las preguntas señaladas a continuación, marcando una (x) según corresponda:	SI	NO
¿Estuve en contacto con alguien que tuvo alguno de los síntomas relacionados con COVID-19 ² en los últimos 14 días?		X
¿He presentado contacto cercano con un paciente al que se le esté estudiando o diagnosticado COVID-19 en los últimos 14 días?		X
¿Hice un viaje internacional en los últimos 14 días?		X
¿Hice un viaje nacional en los últimos 14 días?		X
¿He recibido atención médica relacionada con síntomas de COVID-19 en los últimos 14 días?		X

En caso de considerarlo necesario, por favor amplíe la información:

COMPROMISO CUMPLIMIENTO MEDIDAS

Acepto que en el evento de ser contratado, el objeto para el cual se requiere la prestación de mis servicios profesionales o de apoyo a la gestión, es de carácter operativo, por lo tanto se ejecutará en campo las actividades a mi asignadas, toda vez que se requiere garantizar la calidad y cobertura de la información capturada.

En consecuencia de lo anterior, acepto y me comprometo a cumplir cabalmente el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE – FONDANE en el marco de normas establecidas por el Gobierno Nacional.

Me comprometo a cumplir con los siguientes reportes:

1. Reportar cualquier cambio de mi estado de salud o el de mi familia a través del autoreporte obligatorio de condiciones de salud y síntomas asociados al COVID 19 y al correo seguridadysalud@dane.gov.co, por la aparición de cualquier síntoma relacionado con el COVID-19, tales como: Temperatura mayor a 38°, dolor muscular, problemas respiratorios, malestar general, tos seca, mareo, congestión nasal, pérdida del olfato y del gusto o diarrea.
2. Reportar cualquier viaje que realice, familiares o allegados durante un periodo de 14 días dentro o fuera del país.

Me comprometo a cumplir las normas de bioseguridad de la entidad, entre las que se encuentran:

1. Uso obligatorio del tapabocas, cubriendo nariz y boca.
2. No tener contactos estrechos: más de 15 minutos, menos de 2 metros y sin tapabocas.
3. Lavado de manos de manera frecuente mínimo 5 veces al día: al ingreso, al ir al baño, ante de consumir alimentos o cada vez que se encuentren sucias.
4. Limpiar el puesto de trabajo y elementos de la oficina como teléfonos, cosedoras, grapadoras, sacaganchos,

^{1 2} Fiebre mayor a 38°, dolor muscular, problemas respiratorios, malestar general, tos seca mareo, congestión Nasal y diarrea.

entre otros, y demás elementos entregados para la correcta ejecución del objeto contratado.

5. Informar y abstenerse de presentarse a la entidad en caso de presentar síntomas relacionados con COVID-19, o haber tenido contacto con personas sospechosas o diagnosticadas con COVID-19, en las últimas dos semanas.
6. No consumir alimentos o bebidas en los puestos de trabajo o salas de reuniones.
7. Diligenciar semanalmente el auto reporte obligatorio de condiciones de salud y síntomas asociados al COVID-19.
8. Brindar la información completa y veraz sobre su salud y su entorno familiar y laboral, solicitada por el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo, en casos de seguimiento o control, en el marco de la emergencia sanitaria expedida por el Gobierno Nacional.

Tengo claro que no cumplir con las medidas establecidas puede ocasionar las sanciones legales respectivas a que haya lugar.

Firma:



Nombre: Laura Daniela Bayona Pérez

Cédula: 1015470285

Celular: 3046816901

Correo: laurabayona27@gmail.com

FECHA DILIGENCIAMIENTO: DIA__12__ MES__10__ AÑO __2021__