

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.471.287
BERMUDEZ BENITEZ

APELLIDOS
ALEJANDRO

NOMBRES
Alejandro B.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-2002
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 AB+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-DIC-2020 CHIQUINQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0706700-01187209-M-1000471287-20201210 0072773074A 1 8501129710

Consulte el estado de su Situación Militar

Diligencie los siguientes campos y conozca el estado de definición de su situación militar.

Tipo de documento (*)	Cédula de Ciudadanía
Número de documento (*)	1000471267
<input type="button" value="Limpiar"/>	<input type="button" value="Consultar"/>

Inscripción	Citado	Concentración	Liquidación	Reservista

ALEJANDRO BERMUDEZ BENITEZ

Inscripción - Registrado

Fecha Incripción 03/12/2021

¿Qué debo hacer?



El servicio público
es de todos

Función
Pública

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO bermudez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) benitez	NOMBRES alejandro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. PAS No. 1000471287	SEXO F M	NACIONALIDAD COL. EXTRANJERO PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE SEGUNDA CLASE NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 06 MES 05 AÑO 2002 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cr 11 n. 23 a 45 CASA VILLA DEL PRADO PAÍS Colombia MUNICIPIO CHIQUINQUIRA TELÉFONO 3003551867 DEPTO Boyacá EMAIL alejobermudez9@gmail.com	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA					FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 1 AÑO 2015

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento

Alejandro Bermudez B.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Ciudad y fecha

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

UNIDAD INSTITUTA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 01800091-0000 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co



El servicio público
es de todos

Función
Pública

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

Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2021-11-30 18:25

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

ALEJANDRO

BERMUDEZ

BENITEZ

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1000471287

Lugar de nacimiento

País

Colombia

Departamento

Cundinamarca

Municipio

Bogotá

Lugar de domicilio

País

Colombia

Departamento

Boyacá

Municipio

CHIQUINQUIRÁ

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

ALCALDÍA DE CHIQUINQUIRÁ

Lugar de sede

País

Colombia

Departamento

Boyacá

Municipio

CHIQUINQUIRÁ

Dirección

CALLE 17 7A 48

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	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$0,00

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

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. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí

☐

No

☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí

☐

No

☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. 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:

--

2. Concepto **01** Inscripción

4. Número de formulario

14799443639



(415)7707212489984(8020) 000001479944363 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Tunja

2 0

14. Buzón electrónico

1 0 0 0 4 7 1 2 8 7

8

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 0 0 4 7 1 2 8 7

27. Fecha expedición

2 0 2 0, 1 2, 0 9

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Boyacá

1 5

30. Ciudad/Municipio

Chiquinquirá

1 7 6

31. Primer apellido

BERMUDEZ

32. Segundo apellido

BENITEZ

33. Primer nombre

ALEJANDRO

34. Otros nombres

35. Razón social

37. Sigla

36. Nombre comercial

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Boyacá

1 5

40. Ciudad/Municipio

Chiquinquirá

1 7 6

41. Dirección principal

CR 11 23 A 43

42. Correo electrónico

alejobermudez9@gmail.com

44. Teléfono 1

3 0 0 3 5 5 1 8 6 7

45. Teléfono 2

43. Código postal

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

0 6 6 6

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 1 1, 3 0

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

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

61. Fecha 2021 - 11 - 30 / 10 : 33: 44

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BERMUDEZ BENITEZ ALEJANDRO

985. Cargo Contribuyente

Certificado de Afiliación

El Señor ALEJANDRO BERMUDEZ BENITEZ, identificado con Cédula Ciudadanía 1.000.471.287, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre: ALEJANDRO BERMUDEZ BENITEZ
Número de identificación: 1000471287
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): 07/05/2021
Estado actual: VIGENTES
Tipo de Afiliado: COTIZANTE
Dirección actual de residencia: CARRERA 11 23 A - 43
Teléfono actual de residencia: 4249340

Tipo Identificación: Cédula Ciudadanía
Fecha de retiro:
Razón de estado: Al día - empleador pago al día
Nombre de Régimen: CONTRIBUTIVO
Municipio residencia: Chiquinquirá
Depto. Residencia: BOYACA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1000471287	ALEJANDRO BERMUDEZ BENITEZ	01/12/2021	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

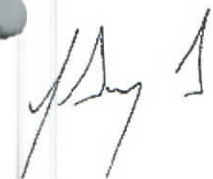
Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 1 días del mes de Diciembre de 2021, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE



Jose Alexander De Los Reyes Aldana

Gerente de Operaciones

Elaboro: Javier Arnulfo Rodriguez Ruiz



Fondo de Pensiones Obligatorias

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

Nº 22420390



22420390

71 1 60

Ciudad

Tunja

Fecha de Solicitud de Afiliación 20211130

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial

Marque con X si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.

X

Pensiones Obligatorias

Entidad Origen Traslado

Entidad Destino

Traslado de AFP

(Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)

Pensión Familiar

Traslado de Régimen

(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)

Entidad Origen Traslado

Pensión Familiar

Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento
C.C. TI C.E. PAS R.C. C.D.

Nº de Documento de Identidad

1000471287

Segundo Apellido

Benítez

Fecha de Expedición del Documento de Identidad

20201209

Lugar de Expedición

Chiquingura

Género

M X F

Es Pensionado (Jubilado)

SI NO X

Primer Nombre

Alejandro

Nacionalidad

Colombiana X Otra ¿Cuál?

Fecha de Nacimiento

20020506

Lugar de Nacimiento

Bogotá

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia

Cra 11 23A 43

Nº de Teléfono Fijo

Nº de Teléfono Celular

3003551867

Departamento

Boyacá

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Barrio

Centro

Ciudad/Municipio

Chiquingura

Autorización de Envío de Información a Tráves de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular.

SI NO

Dirección Laboral

Ciudad

Departamento

Nº de Teléfono

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento

NIT C.C. X C.E. PAS T.I.

Nº de Documento de Identidad

1000471287

Dirección Empleador

Cra 11 23A 43

Salario o Ingreso Mensual

\$

Nombre y/o Razón Social

Alejandro B Benítez

Departamento

Boyacá

Teléfono(s)

3003551867

Salario Integral

\$

Ocupación o Cargo Actual

Independiente

Tipo de Trabajador

Independiente
Contratista

Dependiente

Independiente
Voluntario X

Envío de Notificación

Sucursal Principal X

Sucursal Ciudad

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido

Género

Tipo de documento

Nº de Documento de Identidad

Fecha de Nacimiento

Código Parentesco

M F

M F

M F

M F

*Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido *Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes*

6. Clientes Considerados PEP'S

¿Usted Maneja

Fondos Públicos?

SI

NO X

¿Es Reconocido Públicamente?

SI

NO X

Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas.

Tengo Derecho al Bono Pensional

SI

NO X

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.



NIT: 900615249-1
Licencia IPS No. 750 del 21-04-2014
Código de habilitación No. 151760206301

Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgisas@gmail.com
www.pgisas.com Cel. 3103031779



N° 6.228

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)

30
DÍA

11
MES

2021
AÑO

Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR

ALCALDIA DE CHIQUINQUIRA

Empresa en misión

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)

BERMUDEZ BENITEZ ALEJANDRO

Apellidos y Nombres

Genero

MASCULINO

Edad

19 AÑOS 6
MESES 25 DÍAS

Documento de Identificación

CC
Tipo

1000471287

Número

REGULADOR DE TRANSITO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: **SIN RESTRICCIONES**

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

N/A

RESTRICCIONES LABORALES
SIN RESTRICCIONES LABORALES

TIPO
NO APLICA

NO APLICA

RECOMENDACIONES

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES

USO DE EPP
PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EJERCICIOS
DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR POSTURAS
ERGONOMICAS
OTROS : USO PERMANENTE DE TAPABOCAS
LAVADO FRECUENTE DE MANOS -
DISTANCIAMIENTO SOCIAL SI PRESENTA SINTOMAS
GRIPALES QUEDESE EN SU CASA*

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NO PRESENTA FACTORES DE VULNERABILIDAD SEGÚN CIRCULAR 030-ESTE EXAMEN NO DESCARTA ENFERMEDAD POR
COVID-19 YA QUE EXISTEN PACIENTES ASINTOMÁTICOS - SE TUVIERON EN CUENTA LOS PROTOCOLOS DE
SEGURIDAD PARA SU ATENCIÓN, SIGUIENDO PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN Estrictos Y USO DE
ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL COMPLETOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD POR LA PANDEMIA COVID-19

Aspirante o Trabajador

Médico

Firma:

Nombre:

R. M.: 0781

SANCHEZ FIGUEROA SONIA ESPERANZA

L.S.O.: 6344 DEL 31-05-2013

Firma:

Nombre:

CC:

BERMUDEZ BENITEZ ALEJANDRO

1000471287

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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

2021/11/30

CHIQUEQUIRA
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor
con Cédula de Ciudadanía
de CHIQUEQUIRA-BOYACA
posee en el Banco Davivienda:

ALEJANDRO BERMUDEZ BENITEZ
número 1000471287

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 386000118086

Fecha Apertura 2021/11/30

Cordialmente,

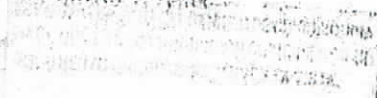


Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 REV. IV - 06

Julie Paola Villaltil Avendario

Identificación personal y profesional



Bachiller Técnico

Especialidad en: **Administración y Economía**

Colégio de Educación Básica y Media Técnica
Nuestra Señora de La Presentación

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el nivel de bachillerato técnico en la especialidad de Administración y Economía.

Dado en Bogotá, D.C., a 15 de diciembre de 2004.

Julie Paola Villaltil Avendario

Bachiller Técnico

Especialidad en: **Administración y Economía**

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente el nivel de bachillerato técnico en la especialidad de Administración y Economía.

[Signature]
Directora

[Signature]
Secretario

Dado en Bogotá, D.C., a 15 de diciembre de 2004.

Escritorio



Haga clic
para acceder
a la ayuda

Sugerencias SECOP

SECOP II habilita la funcionalidad de validación de Factura Electrónica a partir de Diciembre 2020, si usted proveedor Persona Natural o Jurídica está obligado a facturar electrónicamente, por favor verifique que su tipo y número de identificación (NIT-Cédula) registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.

Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el dígito de verificación.

Para esto ingrese a la opción de configuración de Entidad Estatal - Proveedor y actualice la información.

Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios para atender la emergencia causada por el COVID-19. Insírbete en la TVEC y encuentra oportunidades comerciales con las Entidades Estatales Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a

'Configuraciones del Usuario' » Mis registros.

