REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.641.939**

**CHAVERRA CORDOBA**

APELLIDOS

**BISMARK ALEXANDER**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1972**

**QUIBDO**
**(CHOCO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.70** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-NOV-1990 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1700100-00323683-M-0079641939-20110817 **0027**69572A 1 1831459954

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| CHAVERRA | CORDOBA | BISMARK ALEXANDER |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79641939 | F ( ) M (X) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 79641939 D.M. 29

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 12 MES 09 AÑO 1972

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CHOCO

MUNICIPIO QUIBDO

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 02 - 79 35 421 belen rincon

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLIN

TELÉFONO 5871813 EMAIL chaverrabismark@hotmail.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 BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 01 | AÑO | 1990 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 2 | X | | | 07 | 2014 | 201500291679 |
| PREGRADO | 10 | X | | INGENIERIA INDUSTRIAL | 06 | 2001 | 25228 - 239362 |

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| ESPAÑOL | | | X | | | X | | | X |
| INGLÉS | X | | | X | | | X | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ADILAB IPS SAS | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>MEDELLIN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 16 | *Mes* | 10 | *Año* 2018 | *Día* | 14 | *Mes* | 02 | *Año* | 2019 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>carrera 49 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CODESS POSITIVA ARL | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CHOCO | *MUNICIPIO*<br>QUIBDO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 05 | *Año* 2013 | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2014 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>GESTOR DE EMPRESA | *DEPENDENCIA*<br>SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 31 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE SENA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>MEDELLIN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 09 | *Año* 2012 | *Día* | 14 | *Mes* | 12 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | *DIRECCIÓN*<br>DIAGONAL 104 69 120 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CODECHOCO | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CHOCO | *MUNICIPIO*<br>QUIBDO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 12 | *Año* 2009 | *Día* | 29 | *Mes* | 12 | *Año* | 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>carrera primera | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>PRODUCTOS QUIMICOS ABI | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CHOCO | *MUNICIPIO*<br>QUIBDO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 03 | *Año* 2003 | *Día* | 25 | *Mes* | 08 | *Año* | 2004 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 7 15 34 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CHAGODENT IPS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CHOCO | *MUNICIPIO*<br>QUIBDO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 03 | *Año* | 2002 | *Día* | 10 | *Mes* | 10 | *Año* | 2003 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>carrera sexta | | | | | | |

**4** **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>COMODIN*ELIMINADO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>BELLO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 04 | *Mes:* | 02 | *Año:* | 2019 | *Día:* | 14 | *Mes:* | 04 | *Año:* | 2019 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>COMODIN*ELIMINADO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>MEDELLIN | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 25 | *Mes:* | 01 | *Año:* | 2017 | *Día:* | 15 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2017 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>COMODIN*ELIMINADO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITAGUI | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 28 | *Mes:* | 01 | *Año:* | 2016 | *Día:* | 15 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2016 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>COMODIN*ELIMINADO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>ANTIOQUIA | *MUNICIPIO*<br>ITAGUI | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día:* | 26 | *Mes:* | 09 | *Año:* | 2014 | *Día:* | 13 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2014 |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>CIENCIAS DE LA SALUD | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>COMODIN*ELIMINADO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA | MUNICIPIO<br>MEDELLIN | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: | 10 | Mes: | 09 | Año: | 2012 | Día: | 14 | Mes: | 12 | Año: | 2012 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>COMODIN*ELIMINADO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA | MUNICIPIO<br>MEDELLIN | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: | 12 | Mes: | 09 | Año: | 2011 | Día: | 16 | Mes: | 12 | Año: | 2011 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCO-DIEGO LUIS CORDOBA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CHOCO | MUNICIPIO<br>QUIBDO | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: | 07 | Mes: | 02 | Año: | 2005 | Día: | 17 | Mes: | 06 | Año: | 2011 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>COMODIN*ELIMINADO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CHOCO | MUNICIPIO<br>QUIBDO | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día: | 12 | Mes: | 07 | Año: | 2003 | Día: | 31 | Mes: | 03 | Año: | 2008 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 13 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 4 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 18 | 9 |

## 6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Medellin Enero 14 de 2022



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 7 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
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL
# (LEY 190 de 1995)

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** |

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 79641939 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA MUNICIPIO: MEDELLIN

DIRECCIÓN: {"tipoVia":{"id":337,"sigla":"CALLE","descripcion":"CALLE"}," TELÉFONO: 3135890111 5871813

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| LUIS HERNAN CHAVERRA CORDOBA | 11795916 | HERMANO(A) |
| EDWIN ENRIQUE CHAVERRA CORDOBA | 11796175 | HERMANO(A) |
| EDWIN ENRIQUE CHAVERRA CORDOBA | 11796916 | HERMANO(A) |
| DIGNA TERESA CHAVERRA CORDOBA | 35600720 | HERMANO(A) |
| LUIS HERNAN CHAVERRA GARCIA | 4790453 | PADRE |

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 POSESIÓN** **X** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | $0 |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | $0 |
| HONORARIOS | $30.000.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $120.000.000 |
| TOTAL | $150.000.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| bancolombia | CUENTA DE AHORROS | 53633379382 | bancolombia | 1.000.000 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| FGA | CREDITO | 7.000.000 |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | N° |
|---|---|---|
| DEIBY DEL CARMEN PEREZ HERNANDEZ | C.C. **X** C.E. T.I. | 43566645 |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| ASESORIAS SST | ASESOR EN SST |
| asesorar municipios en finnanzas publicas y SST | 758 |

## 3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Medellin 14 de Enero 2022

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA**
**LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO SAS
NIT: 890933726-1

**HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL**
**Certificado de aptitud: 79641939-356722**

Fecha Cierre: 18/10/2018 12:27:15

## INFORMACION GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 10/08/2019 - MEDELLIN | **Tipo de Examen:** | INGRESO |
| **Paciente:** | BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA | **Identificación:** | 79641939 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 46 | **Teléfono** | **Móvil:** 3135890111 |
| **Fecha Nacimiento:** | 12/09/1972 | **Cargo:** | INGENIERO |
| **Estado Civil:** | CASADO(A) | **EPS:** | NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud |
| **Dirección** | CARREREA41 N49-92 | **ARL:** | NO REPORTA |
| **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO | **AFP:** | COLPENSIONES |
| **Empresa** | PARTICULAR - | **Peso: 95.5 Talla: 170 IMC: 33** | |
| | | **Área: OPERATIVA** | |

## EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

| | | |
|---|---|---|
| **PRUEBA PSICOSENSOMETRICO** | NORMAL | La persona evaluada presenta al momento de la evaluación, ubicación en espacio, tiempo, persona y actitud colaboradora. Se realiza test psicológico y evaluación psicosensométrica, sin hallazgos relevantes; se adjunta el test psicológico y tanto la psicosensométrica como el test los entrego en físico al evaluado. |
| **AUDIOMETRIA TAMIZ** | OD: DEFICIENCIA LEVE EN FRECUENCIA(S): 1000-2000-4000-6000-8000, DEMAS NORMALES OI: DEFICIENCIA LEVE EN FRECUENCIA(S): 3000-4000-6000-8000, DEMAS NORMALES | 1. CONTROL SEMESTRAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO |
| **OPTOMETRIA** | NORMAL LEJANA ANORMAL CERCANA SIN USO DE LENTES | USO DE GAFAS DE USO OCASIONAL PARA CERCA |
| **MEDICINA OCUPACIONAL** | | USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS. |
| **GLUCOSA EN SUERO** | NORMAL | |
| **COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]** | NORMAL | |
| **HEMOGRAMA Y SEDIMENTACION** | NORMAL | |
| **COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO** | | |
| **COLESTEROL TOTAL** | NORMAL | |
| **TRIGLICERIDOS** | NORMAL | |
| **EVALUACION OSTEOMUSCULAR** | NORMAL | |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: EVITAR LA EXPOSICION A RUIDOS. DEBE UTILIZAR PROTECCION AUDITIVA ESTRICTA EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO IGUAL O POR ENCIMA DE 84 DB

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

## Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

| | |
|---|---|
| VISUAL | - |
| ERGONÓMICO | - |
| AUDITIVO | - |

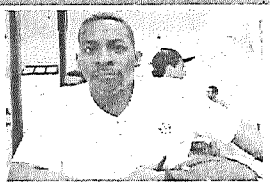
## Información de Remisiones

| | |
|---|---|
| OTORRINOLARINGOLOGIA | VALORACION Y MANEJO |
| NUTRICION | VALORACION Y MANEJO |
| OPTOMETRÍA | FORMLA DE LENTES |

'CONSIDERACIONES JURÍDICAS
Las resoluciones 2346 de 11 de julio de 2007 y la 1918 de junio de 2009 del Ministerio de Protección Social reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la aptitud para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y establecer la existencia de restricciones o limitaciones del aspirante. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO del paciente. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo nuestra guarda y custodia, acorde con lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de Protección Social y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.'

# EVALUACIÓN FONIÁTRICA

SERVICIOS MEDICOS SAN IGNACIO



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 12/08/2019 MEDELLIN | **Tipo de Examen:** | OTROS |
| **Paciente:** | BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA | **Identificación:** | 79641939 |
| **Género** | MASCULINO **Edad:** 46 | **Teléfono** | NO TIENE **Móvil:** 3135890111 |
| **Fecha Nacimiento:** | 12/09/1972 | **Cargo:** | INSTRUCTOR |
| **Estado Civil:** | CASADO(A) | **EPS:** | NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud |
| **Dirección** | CRR 41 N 49-92 | **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO |
| **Empresa** | PARTICULAR - | | |

## ANTECEDENTES FONIÁTRICOS

AFONIAS: NO RELATA
DISFONIAS: OCASIONALES POR USO DE LA VOZ Y/O "CAMBIOS CLIMATICOS"
FONASTENIA: NO RELATA
ODINOFONIAS: NO RELATA
TOS FRECUENTE: NO RELATA
MOLESTIAS PARA HABLAR EN PÚBLICO: NO RELATA
OTROS SÍNTOMAS FONIÁTRICOS: NO RELATA

## HÁBITOS ALIMENTICIOS

Cantidad y Horarios: ADECUADOS
Consumo de Irritantes faríngeos: SI
Consumo de irritantes gástricos: SI
Antecedentes R-G-E, úlceras, gastritis: NO RELATA
Fumador: N
¿Hace cuánto?:
¿Cuántos cigarrillos al día?:
Frecuencia en el consulmo de licor: SOCIAL
Deporte: NO RELATA

## EVALUACIÓN FONIÁTRICA

Tipo Respiratorio: DIAFRAGMATICO
Modo Respiratorio: NASAL
Permeabilidad nasal: SIMETRICA
Coordinación Neumofónica: NORMAL
Golpe Glótico: AUSENTE
Timbre: NORMAL
Tono: GRAVE
Intensidad: ALTA
Otoscopia: NORMAL
Rinoscopia: NORMAL
Orofaringe: NORMAL

**Impresión Diagnóstica:**

VOZ EUFONICA

**Recomendaciones:**

SE DAN PAUTAS DE MANEJOS DE LA VOZ Y ADECUADOS HABITOS ALIMENTICIOS

SANDRA MARIA CORREA SANCHEZ N° SECC. 5-1379
Profesional

BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA 79641939
Firma y cédula del Paciente



| | | | |
|---|---|---|---|
| LUZ ANDREA GIRALDO TOBON | 2016060090249 RM | BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA | 79641939 |
| Médico Especialista en Salud Laboral | | Firma y cédula del Paciente | |

# Referencia Bancaria

Domingo, 9 de Enero 2022

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA identificado(a) con CC 79641939, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 53633379382 | 2007/05/15 | ACTIVA |

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Velez Gomez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Establecimiento Bancario BANCOLOMBIA S.A. SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

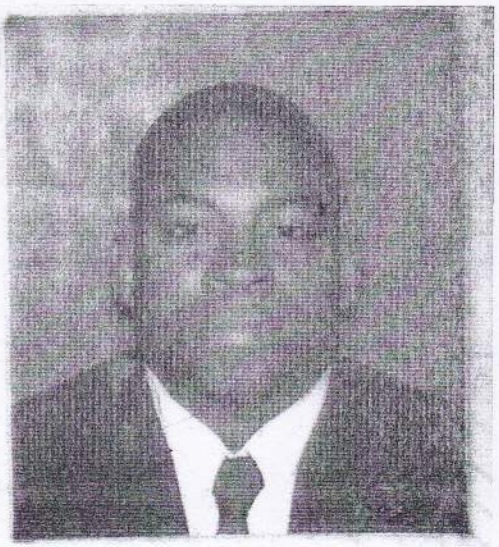


Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 79641939

APELLIDOS Y NOMBRES

CHAVERRA CORDOBA

BISMARK ALEXANDER

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

| 1ª LÍNEA | 2ª LÍNEA | 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC | 31 - DIC | 31 - DIC |
| 1957 | 1967 | 1977 |

PROFESIÓN ING INDUST

FECHA DE EXP.: 23 AGO 2011

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

3B39161

EJ CW 805

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14564561105

(415)7707212489984(8020) 000001456456110 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 7 9 6 4 1 9 3 9 | 8 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 79641939 | 1 9 9 0 1 1 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CHAVERRA | CORDOBA | BISMARK | ALEXANDER |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Medellín 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 41 49 92 AP 208

42. Correo electrónico: chaverrabismark@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 2 2 8 3 0 5 1 | 3 1 4 6 8 6 9 4 0 0 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 4 1 | 2 0 0 7 0 6 0 4 | 8 5 4 2 | 2 0 0 7 0 6 0 4 | 7 4 9 0 | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 01

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA identificado(a) con CC 79641939 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2º COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **31/07/2008** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **INTEGRACION EN SALUD PROMEDAN IPS UT - CENTRO** |
| **Categoría:** | **B** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 07 días del mes de Enero del año 2022 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

**Nueva EPS S.A**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79641939,** se encuentra afiliado (a) desde **01/09/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el dia 9 de Enero de 2022.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que el señor BISMARK ALEXANDER CHAVERRA CORDOBA identificado con Cédula de Ciudadanía 79641939, se inscribió en nuestro servicio el día 13/08/2007.

El presente certificado se genera el día 09/01/2022 ., por solicitud del interesado.

**Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.**