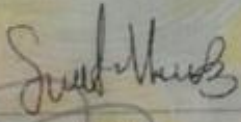



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **1.061.769.410**  
**MARTINEZ BRAVO**

APELLIDOS  
**SAMUEL**

NOMBRES

  
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-1994**  
**POPAYAN**  
**(CAUCA)**  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75** **O+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**16-MAY-2012 POPAYAN**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1100100-00385072-M-1061769410-20120628 0030377951A 2 38358963



## FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Martinez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Bravo	NOMBRES Samuel	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1061769410	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 12 MES 05 AÑO 1994 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO SANTA ROSA DE OSOS	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 4 1 41 PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA MUNICIPIO POPAYAN TELÉFONO 8361748 EMAIL martinezb@unicauca.edu.co		

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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2010
										X				
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)														
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:														
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)								
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)										
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).														
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL						
		SI	NO			MES	AÑO							
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN GUIANZA TURISTICA		10	2018	2726						
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS		11	2016							

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
INGLÉS			X		X			X	

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

GERENCIA PUBLICA

## LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA DE VIAJES VISIT CAUCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ACJ - YMCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	AGENCIA DE VIAJES VISIT CAUCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CORPORACION GET UP AND GO COLOMBIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CORPORACION GET UP AND GO COLOMBIA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	CES UNIVERSIDAD DEL CAUCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	TODOS SOMOS CAMPEONES	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
CES UNIVERSIDAD DEL CAUCA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
CORPORACION GET UP AND GO COLOMBIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
AGENCIA DE VIAJES VISIT CAUCA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
AGENCIA DE VIAJES VISIT CAUCA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
ACJ - YMCA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
TODOS SOMOS CAMPEONES							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
CORPORACION GET UP AND GO COLOMBIA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

4

#### EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE													
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA		MUNICIPIO POPAYAN				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3215853842		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	08	Mes	08	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO				DIRECCIÓN CALLE 4 2 80							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION GET UP AND GO COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA		MUNICIPIO POPAYAN				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
		Día	01	Mes	08	Año	2019	Día	31	Mes	08	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR DE PROYECTO		DEPENDENCIA AREA DE RECREACION Y TURISMO				DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 10 - 5 67							

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION GET UP AND GO COLOMBIA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAUCA		MUNICIPIO POPAYAN						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	01	Mes	09	Año	2018	Día	31	Mes	03	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR DE TURISMO Y RECREA		DEPENDENCIA TURISMO Y RECREACION						DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 10 - 5 67				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA DE VIAJES VISIT CAUCA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAUCA		MUNICIPIO POPAYAN						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	29	Mes	02	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL GUIA DE TURISMO BILINGUE		DEPENDENCIA SERVICIOS DE GUIANZA						DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 10 - 5 67				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACJ - YMCA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOGOTA		MUNICIPIO BOGOTA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	13	Mes	11	Año	2016	Día	07	Mes	09	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER BILINGUISMO		DEPENDENCIA BILINGUISIMO						DIRECCIÓN CALLE 33 - 7 51				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CES UNIVERSIDAD DEL CAUCA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAUCA		MUNICIPIO POPAYAN						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	01	Mes	01	Año	2019	Día	30	Mes	06	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL VOLUNTARIO PROFESIONAL		DEPENDENCIA AREA DE INSTRUCTORES						DIRECCIÓN CALLE 2N - 2 34				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA DE VIAJES VISIT CAUCA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAUCA		MUNICIPIO POPAYAN						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día	01	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	05	Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR GENERAL - CEO		DEPENDENCIA AGENCIA DE VIAJES Y TURISMO						DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 10 - 5 68				

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

### Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TODOS SOMOS CAMPEONES				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	01	Mes	11	Año	2016	Día	30	Mes	11
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR VOLUNTARIO			DEPENDENCIA AREA DE HOTELERIA Y TURISMO					DIRECCIÓN AVENIDA CARRERA 10 - 5 67				

5

## EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYAN					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS 3215853842			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día:	08	Mes:	08	Año:	2021	Día:		Mes:	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CI 4 no 2-80				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL APRENDIZAJE SENA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYAN					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día:	11	Mes:	08	Año:	2021	Día:	18	Mes:	12
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE SANTA ROSA				

6

## 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	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	0
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>8</b>	<b>11</b>

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

8

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*





El servicio público  
es de todos

Función  
Pública

**FORMULARIO ÚNICO**  
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES**  
**Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA**  
**PERSONA NATURAL**  
**(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

SERVICIO NACIONAL DE  
APRENDIZAJE

Período Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, Samuel Martinez Bravo

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1061769410

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: CAUCA

MUNICIPIO: POPAYAN

DIRECCIÓN: CALLE 4 1 41

TELÉFONO: 3215853842 / 8361748

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARTA LUCIA BRAVO MARTINEZ	33536142	MADRE
MAURICIO MARTINEZ MERA	16712171	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
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$19.791.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$9.240.061
TOTAL	\$29.031.061

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	86800071617	POPAYAN	16.393.369
POPULAR	CUENTA DE AHORROS	230-291-00468-7	POPAYAN	2.168

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	computador, celular	9.000.000
INMUEBLES	Inversiones	20.514.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
mauricio martinez	prestamo	10.800.000

**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** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C.

C.E.

T.I.

## 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

## 3. FIRMA

<hr/>	<hr/>
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**  
**LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA  
**comfacauc**  
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo  
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860  
E-mail: ips@comfacauc.com

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.998

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
03	08	2021	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	
DÍA	MES	AÑO	Ciudad	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
MARTINEZ BRAVO SAMUEL			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	27 AÑOS 2 MESES 22 DÍAS
Carga			CC	1061769410
INSTRUCTOR			Tipo	Número
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA				
Observaciones: APTO(A) PARA EL CARGO. PUEDE LABORAR SIN PROBLEMA ALGUNO.				
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
1. TRABAJAR SIN GAFAS DE AUMENTO.		PERMANENTE	PONERSE LAS GAFAS FORMULADAS POR EL OPTÓMETRA.	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR GAFAS DE AUMENTO DE MANERA PERMANENTE.		USO DE EPP : POR LA PANDEMIA TAPABOCAS Y CARETA FACIAL O MONOGAFAS DE SEGURIDAD Y SEGÚN LOS PELIGROS PARA LA SALUD QUE HAYAN EN EL ÁREA DE TRABAJO Y LOS REGLAMENTARIOS QUE EXIGE LA LEY.		HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA CON OPTÓMETRA ANUAL.		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		CAPACITACIÓN : DAR CAPACITACIÓN , INSTRUCCIÓN Y ORIENTACIÓN AL TRABAJADOR SOBRE TÉCNICA CORRECTA PARA EL LAVADO DE MANOS, NORMAS DE BIOSEGURIDAD , PARA LA PREVENCIÓN DE TODO TIPO DE ACCIDENTES Y TODO TIPO DE ENFERMEDADES EN EL TRABAJO.		HACER DEPORTE
		OTROS : VACUNARSE CONTRA LA COVID 19 DE INMEDIATO. VACUNARSE CONTRA EL TETANO HASTA COMPLETAR 5 DOSIS. VACUNARSE CONTRA LA INFLUENZA O VACUNA ANTIGRIPIAL CADA AÑO. ATENDER LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD , TANTO POR EL EMPLEADOR COMO POR EL TRABAJADOR: USO DE TAPABOCAS, USAR CARETA FACIAL LAVADO FRECUENTE DE MANOS , MANTENER LA DISTANCIA SOCIAL DE 2 METROS COMO MÍNIMO. NO COMPARTIR LA MESA AL MOMENTO DE TOMAR LOS ALIMENTOS.SEGUIR LAS MISMAS NORMAS AL INTERIOR DEL HOGAR O CASA DE HABITACIÓN. EVITAR TODO SITIO CONGLOMERADO DE PERSONAS.		DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
EM,PRESA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA. CARGO: INSTRUCTOR.				
NOTAS ADICIONALES:				
1. NIEGA SINTOMAS ACTUALES DEL COVID 19: FIEBRE , PERDIDA DEL OLFATO, AHOGO O DISNEA, DECAIMIENTO, DIARREA, SINTOMAS RESPIRATORIOS, ETC.				
2. LA PRESENTE VALORACIÓN SE REALIZA SIGUIENDO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD GUBERNAMENTAL E INSTITUCIONAL. SE HACE DESINFECCIÓN DE ÁREAS PREVIAMENTE Y SE EMPLEA POR EL MÉDICO ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.				



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.

### Médico

Firma: Dr. José Oswaldo Imbachí  
Médico Ocupacional  
R.M. 4871/90  
L.S.O. 048-010

Nombre: IMBACHÍ FERNÁNDEZ JOSE OSWALDO

R. M.: 8671/90

L.S.O.: 048/10



Código de Seguridad  
**Y670E1K44998**

### Aspirante o Trabajador

Firma: Samuel Martínez

Nombre: MARTÍNEZ BRAVO SAMUEL

CC: 1061769410

# Certificado Bancario

Martes, 30 de agosto de 2022

Señor(a)  
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SAMUEL MARTINEZ BRAVO identificado(a) con CC 1061769410, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86800071617	2019/08/30	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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.





# NUEVA EPS S.A

## Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

**Datos del COTIZANTE****CC 1061769410 SAMUEL MARTINEZ BRAVO**

<b>Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A</b>	Mas de 26	<b>Estado</b>	ACTIVO
<b>Fecha Afiliación</b>	01/09/2019	<b>Causal</b>	Activo Tutela y/o Decreto 538
<b>Fecha Ultimo Periodo Cotizado</b>	27/01/2022		
<b>Fecha Cancelación</b>	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 27 de Enero de 2022 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**HASLY YULIETH CARRENO RODRIGUEZ**  
ASESOR - CCA



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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**SAMUEL MARTINEZ BRAVO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.769.410**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2022.

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 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 SAMUEL MARTINEZ BRAVO identificado con Cédula de Ciudadanía 1061769410, se inscribió en nuestro servicio el día 20/10/2018.

El presente certificado se genera el día 30/08/2022, por solicitud del interesado.

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





LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

[illegible]