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*
Garcia	Cardenas	Paula Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1002459252	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 08 MES 07 AÑO 2002

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOYACA

MUNICIPIO DUITAMA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

vereda avendaños 1

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACA

MUNICIPIO DUITAMA

TELÉFONO 3163252484 EMAIL garcia.c.paula18@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 BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2018
										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).

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*

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD NO APLICA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACA	*MUNICIPIO* DUITAMA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	04	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL # CONTRATO - 1156 - 2016	*DEPENDENCIA* AAMBIENTAL						*DIRECCIÓN* AUTOPISTA 1A A ESTE - 1A 1 ESTE Avendaños 1					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

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	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	6

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 Duitama, 04 de Agosto de 2022

Paula Garcia.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.002.459.252**

GARCIA CARDENAS
APELLIDOS

PAULA ANDREA
NOMBRES

Paula Garcia
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-2002
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-JUL-2020 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0707900-01150728-F-1002459252-20200804 0071397592A 1 55344710

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 2022-07-09 14:58:47, el afiliado **PAULA ANDREA GARCIA** identificado con **CC** número **1002459252** realizó una solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
556670456247	2022-07-09 14:58:47	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1002459252	PAULA ANDREA GARCIA	1000000	INDEPENDIENTE	2022-07-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 9 días del mes de Julio del año 2022.

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACION

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
García	Cárdenas	Paula	Andrea.

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1002459252
9. SEXO: F [X] M [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 08 | MES 07 | AÑO 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F M M Condición T P
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA
ZONA U. [ ] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
Duitama	Boyacá		3138408869	garcia.c.paula18@gmail.com.	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ESTRATO	31. DISCAPACIDAD Tipo F M M / Condición T P
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social
36. Tipo documento de identidad: [ ] NI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PA
37. Número documento de identidad
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACION O DIRECCIÓN
CÓDIGO / MUNICIPIO
DEPARTAMENTO
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: DÍA 09 | MES 07 | AÑO 2022
CARGO: Operario
SALARIO: $ 1'000.000.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
a) TIPO RÉGIMEN [ ]
b) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ [ ]
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(a) reportado(a) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexa soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Paula García.
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen no. ____ ejecutoriada emitida por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la petición de la prima proporcional o el certificado de defunción de los padres o de uno de ellos, suscrito por el cotizante sobre la ocurrencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acta (documento) o sentencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de pensionado o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN
Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]
Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **08/07/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAULA ANDREA GARCIA CARDENAS** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1002459252**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488417972244**
Saldo a la fecha	**9,464.83 Pesos**
Fecha de apertura	**10/12/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14837130770

(415)7707212489984(8020) 000001483713077 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 4 5 9 2 5 2	9	Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6	

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	1 0 0 2 4 5 9 2 5 2	2 0 2 0 0 7 2 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	CARDENAS	PAULA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

41. Dirección principal: VRD Avendños 1

42. Correo electrónico: garcia.c.paula18@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 2 9 8 3 9 7 7	3 1 6 3 2 5 2 4 8 4

CLASIFICACIÓN

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

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 2 2																									

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

Libertad y Orden
Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible
República de Colombia

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA

REGISTRO DE CUENTAS BANCARIAS
PERSONA NATURAL

IDENTIFICACION

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA EXPEDICION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad)
C.C [X] C.E [ ]	1.002.459.252	24/07/2020	Duitama (Boyaca)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Garcia	Cardenas	Paula	Andrea

UBICACIÓN

PAIS	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO
Colombia	Boyaca	Duitama

DIRECCION ACTUAL	APARTADO AEREO
Vereda Avendaños 1	

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO 1:	TELEFONO 2:
garcia.c.paula18@gmail.com	3182983977	

CLASIFICACION TRIBUTARIA

ACTIVIDAD ECONOMICA : (CODIGO DEL RUT)

ACTIVIDAD PRINCIPAL	ACTIVIDAD SECUNDARIA	OTRAS ACTIVIDADES
[8] [2] [9] [9]	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]

RESPONSABILIDAD IVA
REGIMEN COMUN [ ]
REGIMEN SIMPLIFICADO [x]

AUTORRETENEDOR RENTA	SI	[ ]	NO	[x]
AUTORRETENEDOR IVA	SI	[ ]	NO	[X]

INFORMACION PARA PAGOS

ENTIDAD FINANCIERA	Davivienda	NUMERO DE CUENTA	0550488417972244
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE [ ]	AHORROS [x]	

CIUDAD	SUCURSAL
Duitama	

Paula Garcia.

FIRMA DEL TITULAR



CREADSALUD BOYACA S.A.S.

NIT. 826.001.733-1

CALLE 16 Nº 15 - 43. TEL. 7605484- 3202309048- 3153160085

DUITAMA - BOYACA -e-mail: info@creadsaludboyaca.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Paula Andrea Garcia Cardenas	1002459252	44740
Empresa:	PARTICULARES	**Fecha Nacimiento:**	08/07/2002
Direccion:	San Antonio Norte Duitama		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
67936	Femenino	20	Años	Soltero	Tecnologo	DUITAMA	07/07/2022 08:52:58

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	NO REFIERE	Cargo:	OPERARIA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE II		Estrato:	[2] - Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, DERMATOLOGICO, PRUEBA DE COORDINACIÓN MOTRIZ (IPS), AUDIOMETRIA CLINICA, OPTOMETRIA - VALORACION VISUAL, GLICEMIA, CUADRO HEMÁTICO, PERFIL LIPIDICO, HEMOCLASIFICACIÓN, PARCIAL DE ORINA.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

APTA PARA OCUPAR EL CARGO SIN PATOLOGIA APARENTE.

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: SALUD OCUPACIONAL: Control de Salud ocupacional periódico, Higiene Postural, Utilización EPP. Durante la emergencia covid 19 la empresa debe asegurar el cumplimiento de medidas de bioseguridad .

Certifico que el (la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizado en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará Creadsalud Boyacá S.A.S., para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a Creadsalud Boyacá S.A.S. 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 Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, y para las situaciones contempladas en la misma legislación.

Thu Jul 2022 07/07/22 08:16:53

NATHALIA JAIME - C.C. 1018402424 / RM: 1018402424 l.s.o. 190

07/07/2022 09:15:38

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Paula Garcia

Thu Jul 2022 07/07/22 09:15:38

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.creadsaludboyaca.com Opción SERVICIOS EN LINEA

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACUNATION

MODELO APROBADO POR LA
ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD

Nombre del Viajero (Name)
Paula Andrea Garcia Cardenas

Dirección (Address)
San Antonio Norte

Ciudad (City) Departamento (State) País (Country)
Duitama Boyacá Colombia

Documento de identidad (I.D)
1002459252

Cruz Roja Colombiana
Unidad Municipal Duitama

Cra. 16A No. 10 - 26 - Tel. (098) 7610659 - Cel. 310 852 1096
Email:duitama@cruzrojacolombiana.org

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST YELLOW FEVER

SPCOL
No. 4523

Certifico que: / This certify that: Paula Andrea García Cardenas

Sexo / Sex: Femenino

Cuya firma aparece enseguida / Whose signature follows: Paula García

Fecha de Nacimiento / Date of birth: 08-07-2002

Ha sido en la fecha indicada, vacunado (a) o revacunado (a) contra fiebre amarilla.
Has been vaccinated or revaccinated againts yellow fever on the date indicate.

Fecha / Date	Firma, profesión y dirección del vacunador / Signature, Professional status and address of vaccinator	Fabricante y No. de lote / Manufacturer and batch number of vaccine	Sello oficial del Centro de vacunación / Official stamp of vaccination Center
Julio 08 2022	Lida Aguilar Auxiliar de Enf. Cra 16A N10-26	Laboratorio Sanofi Pasteur Lote: U3D568V	

Centro de vacunación / Vaccination Center: Cruz Roja Colombiana

Dirección / Address: Cra 16A N10-26

Ciudad / City: Dutama

Estado o País / State: Colombia

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio en el cual el Centro esté situado.

Toda corrección o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID Only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccination center has been designated by the thealth administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

OTRAS INMUNIZACIONES
OTHER IMMUNIZATIONS

VACUNA	LOTE	FECHA	DOSIS	FIRMA
Hepatits B	220500520E	08-07-2022		Lcdo A
Tetano	220800321C	08-07-2022		Lcdo A

SPCOL
No. 4523

DECLARACIÓN JURAMENTADA, ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO Y AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE LOS DOCUMENTOS Y ACTUACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Paula Andrea García identificada con CC No.1.002.459.252 expedida en Duitama, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Marque con una equis "X" indicando que está de acuerdo con la afirmación	
(X)	Manifiesto que, no me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en las disposiciones contenidas en la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 de 2011 y en las demás disposiciones constitucionales y legales vigentes sobre la materia, que me impidan celebrar el Contrato de Prestación de Servicios con Parques Nacionales Naturales de Colombia, cuyo objeto es: Prestación de servicios y de apoyo a la gestión, como operario para el desarrollo de acciones de propagación de material vegetal de especies de páramo y bosque altoandino, en el vivero Peña Negra del Santuario de Fauna y Flora Guanentá Alto Río Fonce
(X)	Así mismo manifiesto expresamente que conozco y acepto las condiciones, obligaciones, actividades y productos determinadas en el estudio previo, y me comprometo a cumplir todas y cada una de ellas.
(X)	Igualmente declaro que todos los documentos presentados para la celebración del contrato son auténticos tanto material como ideológicamente.
(X)	y de manera libre, espontánea y cumpliendo lo establecido en la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, autorizo a PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA, para que dentro del proceso de contratación consulte y verifique mis datos, información académica y profesional y/o laboral; así mismo, certificados de antecedentes profesionales (si aplica) disciplinarios, fiscales, judiciales, medidas correctivas y registro de inhabilidades por delitos sexuales (Decreto 753 de 2019) este último (si aplica) de acuerdo a las actividades asignadas.

Además actuando: (marcar con "x") en nombre propio (X) o como persona debidamente autorizada por el interesado ____ o como apoderado judicial ____ o en calidad de representante legal ____ de la empresa _____ identificada con NIT _____, **AUTORIZO** a **PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA**, para que los documentos y actuaciones derivadas del presente proceso de contratación me sean notificados electrónicamente al correo garcia.c.paula18@gmail.com, de acuerdo con lo previsto el artículo 10 de la ley 2080 de 2021 el cual modificó el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo ley 1437 de 2011, el artículo 3º de la Ley 1150 de 2007 y los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1999.

En Duitama a los _____ días del mes de _____ de 2022.

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Paula Andrea García
IDENTIFICACIÓN:	1.002.459.252
FIRMA DEL CONTRATISTA:	

	FORMATO AFILIACIÓN ARL	Código: GTH_FO_23
		Versión: 4
		Vigente desde: 17/12/2014

SOLICITUD DE VINCULACIÓN A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Yo Paula Andrea García Cárdenas identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.002.459.252 de Duitama manifiesto que he sido informado (a) que de acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 **estoy obligado** a afiliarme a la **Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL)** de **Parques Nacionales Naturales de Colombia,** y que al afiliarme tengo derecho a percibir todas las prestaciones por accidente de trabajo o enfermedad profesional, de conformidad con lo señalado en el artículo 5 del **Decreto - Ley 1295 de 1994**, entre las cuales se encuentran las siguientes:

Prestaciones asistenciales: asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de hospitalización, medicamentos, prótesis, órtesis, rehabilitación física y profesional y gastos de traslado necesarios para la prestación de los servicios.

Prestaciones económicas: Subsidio por incapacidad temporal, indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, reconocimiento de la pensión para el cónyuge sobreviviente y auxilio funerario.

Adicionalmente informo que me comprometo a cotizar mensualmente los valores correspondientes a la Administradora de Riesgos Laborales, junto con los valores de salud y pensión, en los plazos previstos por la Ley, de tal forma que se asegure mi cobertura en el desarrollo del contrato.

En virtud de lo anterior, relaciono los datos para mi **afiliación obligatoria** a la Administradora de Riesgos Laborales de la entidad, con el fin de dar cumplimiento a lo contenido en el literal a), numeral 1, del artículo 2 de la **Ley 1562 de 2012,** de la siguiente manera:

Número de cedula,	1.002.459.252
Nombres y apellidos.	Paula Andrea García Cárdenas
Fecha de nacimiento	08/07/2002
Dirección	Vereda Avendaños 1
Teléfono	3182983977
Ciudad de residencia	Duitama
Correo electrónico	garcia.c.paula18@gmail.com
Fecha de inicio y terminación del contrato.	11/08/2022 hasta 25/12/2022
Entidad promotora de salud (EPS).	Nueva Eps
Fondo de pensiones (AFP)	Porvenir

	FORMATO AFILIACIÓN ARL	Código: GTH_FO_23
		Versión: 4
		Vigente desde: 17/12/2014

Valor total del contrato.	$6.354.000
Valor mensual del contrato.	$1.412.000
Ingreso base de cotización (IBC).	$1.000.000
Lugar de ejecución del contrato	Duitama- Boyacá
Unidad de decisión a la que pertenece (PNN, Direccion Territorial, Principal o Subsede)	Santuario de Fauna y Flora Guanenta Alto Rio Fonce
Tipo de Sangre y Factor RH	O+
Información de persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Sandra Milena Rincón Teléfono celular: 3138408869 Teléfono fijo: Indicativo ( ) Dirección: San Antonio Norte Parentesco: Hermana

Contratos Simultáneos:
Posee contratos adicionales al suscrito en Parques Nacionales Naturales?
SI __ NO _x_

Si su respuesta es afirmativa, indique la siguiente información en cumplimiento al artículo 9 del Decreto 723 de 2013[1]**:**

Manifiesto que es mi deseo afiliarme a la ARL _____ ya que poseo los siguientes contratos:

Empresa o entidad _____ Valor _____ nivel de riesgo _____
Empresa o entidad _____ Valor _____ nivel de riesgo _____
Empresa o entidad _____ Valor _____ nivel de riesgo _____

Firma Paula Garcia. Fecha _____

[1] "***Afiliación cuando existen varios contratos.*** *Cuando los contratistas a los que les aplica el presente decreto celebren o realicen simultáneamente varios contratos, deben estar afiliados al Sistema General de Riegos Laborales* ***por la totalidad de los contratos suscritos****, en una misma Administradora de Riesgos Laborales*".(Negrilla fuera de texto)

El contratista **debe informar al contratante**, la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentra afiliada, para que éste realice la correspondiente novedad en la afiliación del nuevo contrato.

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2022-07-13 13:13

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	ANDREA	GARCÍA	CÁRDENAS

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1002459252

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
Colombia	Boyacá	DUITAMA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
Colombia	Boyacá	DUITAMA

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	PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
Colombia	Bogotá D.C	BOGOTÁ

Dirección	["CALLE 74 N 11 81 "]
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	$908.526,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$908.526,00

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
CUENTA DE AHORROS	Colombia	$30.000,00

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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:

Encino Santander,

Doctor
FABIO VILLAMIIZAR DURAN
Director Territorial Andes Nororientales
Parques Nacionales Naturales de Colombia
Bucaramanga

Ref. Aceptación condiciones contractuales

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito manifestarle que acepto todas las condiciones establecidas en el estudio previo y forma señalada de pago en los mismos, para el contrato de Prestación de servicios cuyo objeto es: Prestación de servicios y de apoyo a la gestión, como operario para el desarrollo de acciones de propagación de material vegetal de especies de páramo y bosque altoandino, en el vivero Peña Negra del Santuario de Fauna y Flora Guanentá Alto Río Fonce.

Atentamente,

Paula Garcia.

Paula Andrea Garcia Cárdenas
C.C. 1.00.245.9252
Celular: 3182983977