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
Suarez	Mogollon	Gabriel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1094369185	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 11 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO TOLEDO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

FINCA LA PRIMAVERA, VEREDA TAPATA VEREDA TAPATA

PAÍS COLOMBIA DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO TOLEDO

TELÉFONO 3208403151 EMAIL gabosmogollon@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	12	AÑO	2008
										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	
PREGRADO	5	X			07	2011	
PREGRADO	2	X			11	2008	

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

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 UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DEL SISTEMA DE PARQUES NACIONALES NATURALES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* TOLEDO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AGRICULTURA Y AMBIENTE					*DIRECCIÓN* CARRERA 4 - 15 16					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD COGANSONORTE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* TOLEDO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3118352087	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE REGISTRO Y CONTROL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* VEREDA SAN JAVIER, TOLEDO - NORTE DE SANTANDER					

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

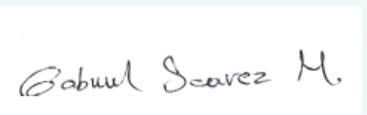
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.094.369.185**

SUAREZ MOGOLLON

APELLIDOS

GABRIEL

NOMBRES

Gabriel Suárez M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-NOV-1992**

TOLEDO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-NOV-2010 TOLEDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2509400-00286257-M-1094369185-20110326 0028361265A 1 26950720

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 – 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:.

Tipo y No. de documento:	CC - 1094369185
Nombres:	GABRIEL
Apellidos:	SUAREZ MOGOLLON
No. de carnet:	C5DEA2D03ECECC260F6B8687C7E72087
Tipo de afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Fecha de afliación:	2022-04-18
Estado de afliación:	ACTIVO
Régimen:	SUBSIDIADO
IPS:	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL SURORIENTAL-CHINACOTA
Departamento - Municipio:	NORTE DE SANTANDER - TOLEDO
Nivel sisben:	2

OBSERVACIONES:

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

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 11 días del mes de Julio de 2022.

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: SUAREZ MOGOLLON GABRIEL, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1094369185, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-516-00-04076-8, con una antigüedad de (0) año(s).

Se expide en TOLEDO, a los ocho (08) días del mes de junio de 2018, con destino a: QUIEN PUEDA INTERESAR

Banco Agrario de Colombia
OF. TOLEDO-NORTE DE SAN.
FIRMA AUTORIZADA

DIRECTOR (A) OFICINA

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 [ ]	1094369185	22/11/2010	Toledo

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SUAREZ	MOGOLLÓN	GABRIEL	

UBICACIÓN

PAIS	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO
COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	TOLEDO

DIRECCION ACTUAL	APARTADO AEREO
FINCA LA PRIMAVERA, VDA TAPATA	

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO 1:	TELEFONO 2:
gabosmogollon@hotmail.com		

CLASIFICACION TRIBUTARIA

ACTIVIDAD ECONOMICA : (CODIGO DEL RUT)

ACTIVIDAD PRINCIPAL	ACTIVIDAD SECUNDARIA	OTRAS ACTIVIDADES
[7] [4] [9] [0]	[8] [2] [9] [9]	[ ] [ ] [ ] [ ]

RESPONSABILIDAD IVA	
REGIMEN COMUN	[x]
REGIMEN SIMPLIFICADO	[ ]

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

INFORMACION PARA PAGOS

ENTIDAD FINANCIERA	BANCO AGRARIO	NUMERO DE CUENTA	4-516-00-04076-8
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE [ ]	AHORROS [X]	

CIUDAD	SUCURSAL
TOLEDO	TOLEDO

Gabriel Suarez M.

FIRMA DEL TITULAR



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

NÚMERO 1094369185

APELLIDOS Y NOMBRES
SUAREZ MOGOLLON
GABRIEL

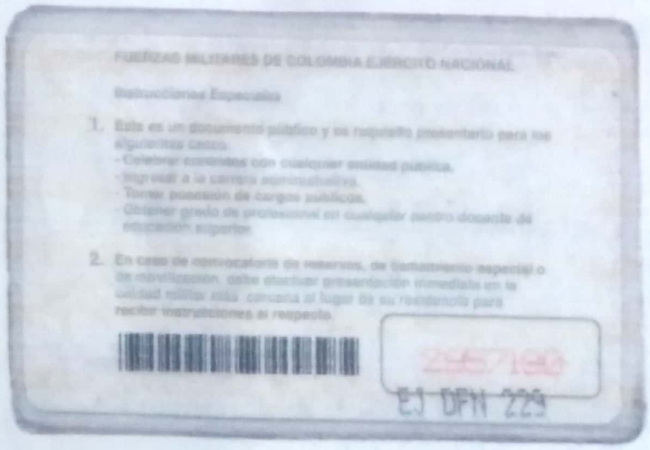
PERTENECE AL EJÉRCITO DE

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	RESERVA
2022	2032	2042

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP. 04 FEB 2013

FIRMA DEL CLASIFICADO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO 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 Sostenimiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la Unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2457190

EJ DPN 229

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14740366962

(415)7707212489984(8020) 000001474036696 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 4 3 6 9 1 8 5	1	Impuestos de Cúcuta 7	

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 9 4 3 6 9 1 8 5	2 0 1 0 1 1 2 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Toledo 8 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUAREZ	MOGOLLON	GABRIEL	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Toledo 8 2 0

41. Dirección principal
FCA LA PRIMAVERA VEREDA TAPATA

42. Correo electrónico gabosmogollon@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 4 0 3 1 5 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 4 9 0	2 0 1 8 0 6 0 7	8 2 9 9	2 0 1 8 0 6 0 7			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

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:

Gabriel Suarez M.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

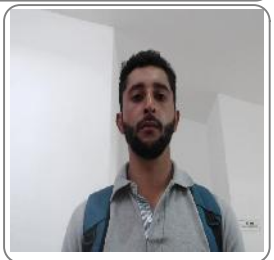
984. Nombre

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

SSOAR Salud Ocupacional I.P.S.	PROCESOS MISIONALES - PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO: SGI-PS-F-08
		VERSIÓN: 1
	CERTIFICADO DE APTITUD	FECHA: 29/12/2014
		Página 1 de 1

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/02/2021** Empresa **PARTICULAR** Convenio **PARTICULAR**

Nombre **GABRIEL SUAREZ MOGOLLON**

Cargo **TECNICO OPERATIVO** Doc. Identidad **CC 1094369185**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, MIEMBRO SUPERIOR Y DERMATOLIGICO	2 TEST DE FRAMINGAN POR RIESGO CARDIOVASCULAR	3 OPTOMETRIA
4 CUADRO HEMATICO	5 GLICEMIA	6 PERFIL LIPIDICO
7 HEMOCLASIFICACION	8	9

CONCEPTO

Concepto de aptitud para el oficio: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

UTILIZAR EPP SEGUN SU LABOR, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ESTILO DE VIDA SALUDABLE. CUMPLIR NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA FRENTE AL COVID 19: LAVADO DE MANOS, NO TOCARSE LA CARA, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, DESINFECCION DEL PUESTO DE TRABAJO Y ELEMENTOS, CUBRIRSE NARIZ Y BOCA AL TOSER, SI PRESENTA SINTOMAS COMUNICARSE CON LA EPS.

RESTRICCIONES

NINGUNA

OBSERVACIONES

AL MOMENTO DEL EXAMEN FISICO NEGATIVO PARA SINTOMATOLOGIA POR INFECCION DE SARS-COV-2.

PRUEBAS REALIZADAS

* CUADRO HEMATICO
* EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
* GLICEMIA
* HEMOCLASIFICACION
* OPTOMETRIA
* PERFIL LIPIDICO
* TEST DE FRAMINGAN POR RIESGO CARDIOVASCULAR

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico (x) Otros ( )

REMISIÓN	SI ( )	NO (X)	ARL	SI ( )	NO ( )	EPS	SI ( )	NO ( )

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra. Henny Ramirez Medico Ocupacional RM. 3897 L.S.O. 1096

HENNY RAMIREZ CARDENAS
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL
CC: 60283357 RM: 23460/54

Gabriel Suarez M.

Trabajador: GABRIEL SUAREZ MOGOLLON
CC: 1094369185
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

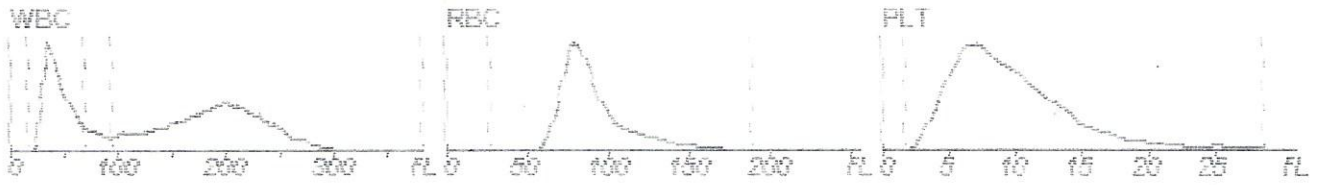
LABORATORIO CLINICO MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR

ID: 123 Modo: Completa Hora: 22-02-2021 07:59

Nombre: GABRIEL SUAREZ MOGOLLON Sexo: Edad: 28 años

N.º hª clín.: 10943691 N.º cama: Dept.:

Parámetro		Result.		Rango ref.
WBC		4.8	x 10^9/L	4.0 - 10.0
Lymph#		1.5	x 10^9/L	0.8 - 4.0
Mid#		0.3	x 10^9/L	0.1 - 1.5
Gran#		3.0	x 10^9/L	2.0 - 7.0
Lymph%		32.0	%	20.0 - 40.0
Mid%		5.4	%	3.0 - 15.0
Gran%		62.6	%	50.0 - 70.0
HGB	H	16.9	g/dL	11.0 - 16.0
RBC		4.64	x 10^12/L	3.50 - 5.50
HCT		46.0	%	37.0 - 54.0
MCV		99.3	fL	80.0 - 100.0
MCH	H	36.4	pg	27.0 - 34.0
MCHC	H	36.7	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV		12.6	%	11.0 - 16.0
RDW-SD		44.8	fL	35.0 - 56.0
PLT		226	x 10^9/L	100 - 300
MPV		7.8	fL	6.5 - 12.0
PDW		15.3		9.0 - 17.0
PCT		0.176	%	0.108 - 0.282



Rmte.: Analiz.: Compr.:

LABORATORIO CLINICO
ANA MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR

NIT 37'255.576-1
Bacteriólogos Universidad Javeriana

Av. 0 No .12- 66- consultorio 201 edificio Domus Center – Tel 5712554 Cúcuta,

Fecha: 22/02/2021 **Empresa:**
Nombre: GABRIEL SUAREZ MOGOLLON
Edad: 28 **Sexo:** M **Identificacion:** 1094369185

EXAMENES VARIOS

EXAMEN	RESULTADO	REFERENCIA
GLICEMIA	70 mg/dl	En ayunas : Menor de 100 Criterio para Diagnostico de Diabetes Mayor a 126.
COLESTEROL TOTAL	132 mg/dl	Optimo : menor de 200 mg/dl Ligeramente elevado : 200 a 239 Elevado : mayor de 240
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	67 mg/dl	Sin riesgo : H mayor de 55 M mayor de 65 Riesgo moderado H 35-55 M: 45 -65 Riesgo alto H: menor de 35 M menor de 45
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	43 mg/dl	HASTA 140 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	106 mg/dl	Optimo : Menor a 150 Ligeramente elevado : 150 a 199 Elevado de 200 a 499
HEMOCLASIFICACION	Grupo sanguineo : O RH : Positivo	

ANA MERCEDES BACCA DE VILLAMIZAR
Bacterióloga
Registro No. 74

INESO SSOAR	**PROCESO MISIONAL – PRESTACIÓN DE SERVICIOS SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**	**CÓDIGO: SGI-PSST-F-40**
		VERSIÓN: 2
	TEST DE FRAMINGHAM	**FECHA: 21/02/2019**
		Pagina 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS:	Gabriel Suarez M.	EDAD:	28 Años
ANTECEDENTES:	Niega		
SEXO:	Masculino	MASCULINO	X
DIABETES:	Niega	FUMADOR:	NO
PRESION ARTERIAL (EN mm DE MERCURIO)			
PRESION ATERIAL SISTOLICA:	110 mmhg		
PRESION ATERIAL DIASTOLICA:	70 mmhg		
PERFIL DE LIPÍDOS (EN mg/dl)			
HDL: LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD	67		
LDL: LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD	43		
COLESTEROL TOTAL:	132		
COLESTEROL HDL:	67		
TRIGLICERIDOS:	106		
RELLENAR SI SE MIDIÓ DIRECTAMENTE			
COLESTEROL LDL:	43		
PRIVACIDAD (OBLIGATORIO) HE LEIDO Y ACEPTADO LA POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD DE LA IPS.			
DATOS CALCULADOS			
Su riesgo de evento coronario a 10 años es de:	1 %		

Medico Ocupacional
RM. 3897 L.S.O. 000886

HENNY RAMIREZ CARDENAS
Especialidad: Medico Ocupacional
CC: 60.283.357 RES:3897

Gabriel Suarez M.

Trabajador
CC: 1'094 369 185.

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Escaneado con CamScanner

SSOAR Salud Ocupacional I.P.S.	PROCESOS MISIONALES - PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO: SGI-PS-F-10
		VERSIÓN: 1
	OPTOMETRÍA OCUPACIONAL	FECHA: 08/01/2015
		Página 1 de 1

Doc. Identidad **CC 1094369185** Nombre **GABRIEL SUAREZ MOGOLLON** Fecha Nacimiento. **05/11/1992**
Entidad **PARTICULAR** Edad **28** Ocupación **030**
Fondo de Pensiòn **PROTECCION** EPS ARL **NINGUNO**

Anamnesis

Último examen visual **1 AÑO** | Usa Anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes Oculares Si [ ] No [ ] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad Ocular [ ]

Ardor Ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio Ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito Ocular [ ] Salto de Renglón [ ]

Antececentes personales y/o familiares **NINGUNO** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				**20/20**	**0.5**
O.I.				**20/20**	**0.5**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva	[X]	[X]
Pterigio N	[ ]	[ ]
Pterigio T	[ ]	[ ]
Pinguécula	[ ]	[ ]
Nevus	[ ]	[ ]
Bleafaratis	[ ]	[ ]
Blefaritis seborreica	[ ]	[ ]
Secreción	[ ]	[ ]
Leucoma Corneal	[ ]	[ ]
Ptosis palpebral	[ ]	[ ]
Otros:		

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORHTO** VP **X** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **N** Versiones **N** PPC **9 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N.	[ ]	[ ]
Papila Normal	[ ]	[ ]
Brillo Foveal Normal	[ ]	[ ]
Catarata	[ ]	[ ]
Esclerosis de Cristalino	[ ]	[ ]
Opacidad de medios	[ ]	[ ]
Lesión Retinal	[ ]	[ ]

Test Ocupacionales

Visión Cromática	Visión de Profundidad	Campo Visual por Confrontación
O.D: **N**	O.D: **N**	O.D:
O.I: **N**	O.I: **N**	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	**N**	**-**		**+**
O.I:	**N**	**-**		**+**

Refracción Final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:		**-**		**+**		
O.I:		**-**		**+**		

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[X]	[X]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

** EMETROPE

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

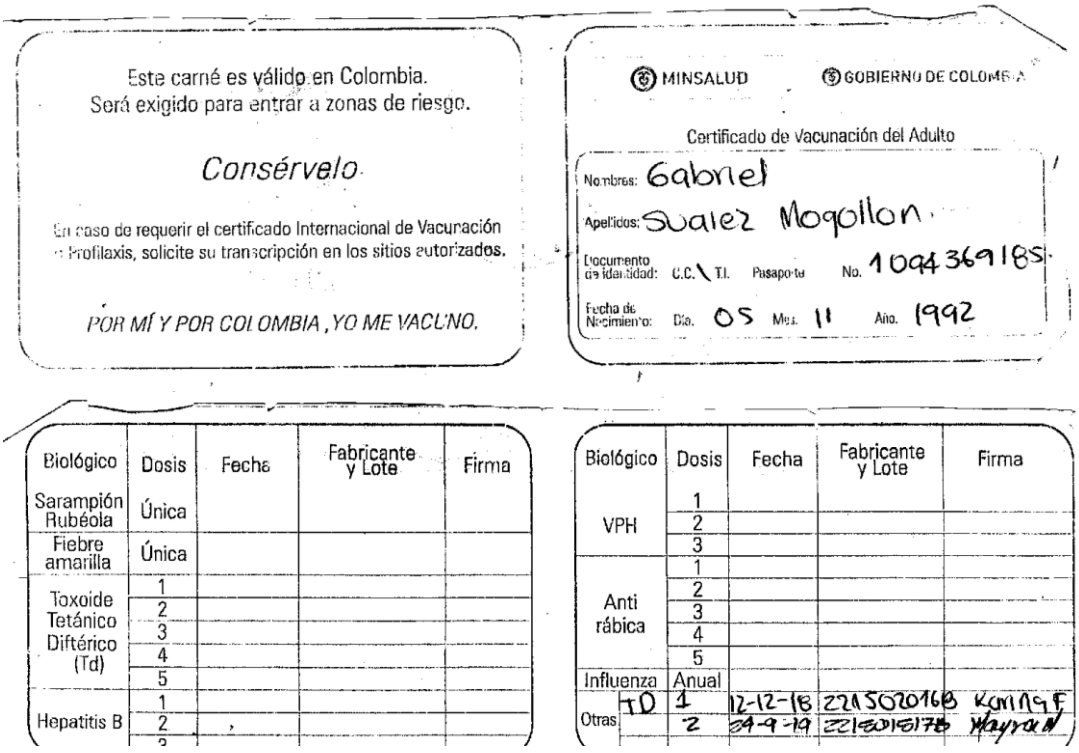
Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:**



YUDY CARDENAS ALVAREZ
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 52181051 RM:

VACUNAS

1.TETANO



Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Gabriel

Apellidos: Suarez Mogollon

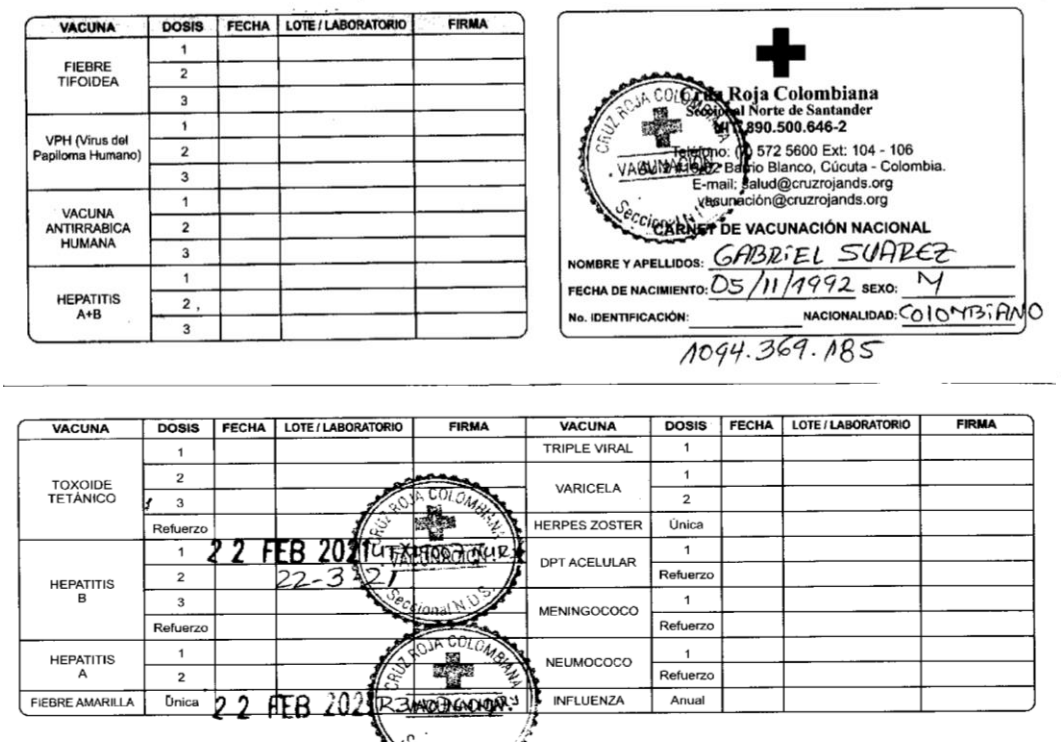
Documento de Identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 1094369185

Fecha de Nacimiento: Día. 05 Mes. 11 Año. 1992

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras TD	1	12-12-18	2215020168	KGM19F
	2	24-9-19	2216015178	Mayrau

FIEBREB AMARILLA Y HEPATITIS B



VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE / LABORATORIO	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
	2			
	3			
VPH (Virus del Papiloma Humano)	1			
	2			
	3			
VACUNA ANTIRRABICA HUMANA	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			

Cruz Roja Colombiana
Seccional Norte de Santander
NIT 890.500.646-2
Teléfono: (7) 572 5600 Ext: 104 - 106
Barrio Blanco, Cúcuta - Colombia.
E-mail: salud@cruzrojands.org
vacunación@cruzrojands.org

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Y APELLIDOS: GABRIEL SUAREZ

FECHA DE NACIMIENTO: 05/11/1992 SEXO: M

No. IDENTIFICACIÓN: 1094.369.185 NACIONALIDAD: COLOMBIANO

VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE / LABORATORIO	FIRMA	VACUNA	DOSIS	FECHA	LOTE / LABORATORIO	FIRMA
TOXOIDE TETÁNICO	1				TRIPLE VIRAL	1			
	2				VARICELA	1			
	3					2			
	Refuerzo				HERPES ZOSTER	Única			
HEPATITIS B	1	22 FEB 2021			DPT ACELULAR	1			
	2		22-3-21			Refuerzo			
	3				MENINGOCOCO	1			
	Refuerzo					Refuerzo			
HEPATITIS A	1				NEUMOCOCO	1			
	2					Refuerzo			
FIEBRE AMARILLA	Única	22 FEB 2021			INFLUENZA	Anual			

Toledo, Norte de Santander

Doctor
FABIO VILLAMIZAR DURAN
DIRECTOR TERRITORIAL ANDES NORORIENTALES
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA

Cordial saludo.

Por el medio de la presente manifiesto que conozco y acepto las condiciones, obligaciones, actividades, productos, y demás correspondientes, conforme consagrado en el estudio previo, comprometiéndome así a cumplirlas cabalmente.

Agradezco su atención.

Gabriel Suarez M.

GABRIEL SUAREZ MOGOLLON

C.C 1.094.369.185 DE TOLEDO

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

GABRIEL SUAREZ MOGOLLÓN identificado (a) con CC X CE ____ No. 1094369185 expedida en Toledo 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 para apoyar los ejercicios de Restauración Ecológica que adelanta el Parque Nacional Natural Tamá.
(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 gabosmogollon@hotmail.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 Toledo _____ días del mes de _____ de 2022.

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GABRIEL SUAREZ MOGOLLÓN
IDENTIFICACIÓN:	1094369185
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 GABRIEL SUAREZ MOGOLÓN identificado con cedula de ciudadanía No. 1.094.369.185 de Toledo 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,	1.094.369.185
Nombres y apellidos.	GABRIEL SUAREZ MOGOLLÓN
Fecha de nacimiento	05/11/1992
Dirección	FINCA LA PRIMAVERA- VEREDA TAPATA
Teléfono	3208403151
Ciudad de residencia	TOLEDO, NORTE DE SANTANDER
Correo electrónico	gabosmogollon@hotmail.com
Fecha de inicio y terminación del contrato.	
Entidad promotora de salud (EPS).	COOSALUD
Fondo de pensiones (AFP)	PROTECCIÓN

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

Valor total del contrato.	$1.900.000
Valor mensual del contrato.	$1.412.000
Ingreso base de cotización (IBC).	$1.000.000
Lugar de ejecución del contrato	Toledo, Norte de Santander
Unidad de decisión a la que pertenece (PNN, Direccion Territorial, Principal o Subsede)	DTAN- PNN Tamá
Tipo de Sangre y Factor RH	O POSITIVO
Información de persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Alix María Rozo Teléfono celular:3124753493 Teléfono fijo: Indicativo ( ) Dirección: VEREDA EL CEDRAL Parentesco: Pareja

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

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 COLMENA 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 _____

Gabriel Suarez M.

Firma _____ 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.

Bogotá DC

Señores
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA
Ciudad

Cordial Saludo.

Asunto: Autorización para notificación electrónica de los documentos y actuaciones derivadas del contrato de PRESTACION DE SERVICIOS

Gabriel Suarez Mogollón, mayor de edad y residente de la ciudad de Toledo, identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1.094.369.185 expedida en la ciudad de Toledo, 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_____, con domicilio en _____, **AUTORIZO** a **PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA**, para que los documentos y actuaciones derivadas del Contrato descrito anteriormente me sean notificados electrónicamente, de acuerdo con lo previsto en los artículos 53[1], 56[2] y numeral 1° del artículo 67[3] de la Ley 1437 de 2011, el artículo 3º de la Ley 1150 de

1 *"Artículo 53. Procedimientos y trámites administrativos a través de medios electrónicos. Los procedimientos y trámites administrativos podrán realizarse a través de medios electrónicos. Para garantizar la igualdad de acceso a la administración, la autoridad deberá asegurar mecanismos suficientes y adecuados de acceso gratuito a los medios electrónicos, o permitir el uso alternativo de otros procedimientos".*

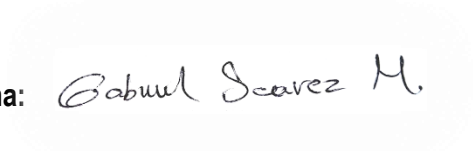
2 *Artículo 56. Notificación electrónica. Las autoridades podrán notificar sus actos a través de medios electrónicos, siempre que el administrado haya aceptado este medio de notificación.*

3 Artículo 67. Notificación personal. Las decisiones que pongan término a una actuación administrativa se notificarán personalmente al interesado, a su representante o apoderado, o a la persona debidamente autorizada por el interesado para notificarse.
(…)
La notificación personal para dar cumplimiento a todas las diligencias previstas en el inciso anterior también podrá efectuarse mediante una cualquiera de las siguientes modalidades:

1. Por medio electrónico. Procederá siempre y cuando el interesado acepte ser notificado de esta manera".

2007[4] y los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1999[5], al siguiente correo electrónico: gabosmogollon@hotmail.com ò gsuarez7@misena.edu.co
Para el efecto declaro que conozco y acepto los términos, condiciones e instrucciones que se establecen sobre la notificación por medios electrónicos

Cordialmente,

Firma: 

Nombre: **Gabriel Suarez Mogollón**

C.C. **1.094369185**

Representante Legal: (Marque con "x") SI ___NO X

Empresa: _____

---

4 "la sustanciación de las actuaciones, la expedición de los actos administrativos, los documentos, contratos y en general los actos derivados de la actividad precontractual y contractual, podrán tener lugar por medios electrónicos. Para el trámite, notificación y publicación de tales actos, podrán utilizarse soportes, medios y aplicaciones electrónicas…"

5 Artículo 20. Acuse de recibo. Si al enviar o antes de enviar un mensaje de datos, el iniciador solicita o acuerda con el destinatario que se acuse recibo del mensaje de datos, pero no se ha acordado entre éstos una forma o método determinado para efectuarlo, se podrá acusar recibo mediante:
a) Toda comunicación del destinatario, automatizada o no, o
b) Todo acto del destinatario que baste para indicar al iniciador que se ha recibido el mensaje de datos.
Si el iniciador ha solicitado o acordado con el destinatario que se acuse recibo del mensaje de datos, y expresamente aquél ha indicado que los efectos del mensaje de datos estarán condicionados a la recepción de un acuse de recibo, se considerará que el mensaje de datos no ha sido enviado en tanto que no se haya decepcionado el acuse de recibo.
Artículo O 21. Presunción de recepción de un mensaje de datos. Cuando el iniciador recepción acuse recibo del destinatario, se presumirá que éste ha recibido el mensaje de datos.

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
FINCA	Colombia	Norte de Santander	TOLEDO	COP1.028.000,00

1.1.4. Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
No se encontraron datos	

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

1.2.1. Actualmente tengo participación en Juntas o Consejos Directivos: NO

1.2.2. Actualmente tengo participación en corporaciones, sociedades o asociaciones: NO

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

1.3.1 Tengo actividades económicas privadas: NO

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

A continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente 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, en cumplimiento de lo dispuesto en las leyes 2013 de 2019 y 2003 de 2019, y conforme con lo señalado en los artículos 40 de la Ley 734 de 2002 y 11 de la Ley 1437 de 2011.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: NO

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

*Los sujetos obligados por la **Ley 2013 de 2019** deben reportar solamente aquellos parientes, hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil (segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil en el caso de los congresistas, según la Ley 2003 de 2019), que podrían generar una situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.*

AYUDA: Lista desplegable de parentescos (consanguinidad, afinidad y civil)

Parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil

2.2.1. Tengo parientes susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: NO

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

2.3.1. 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: NO

2.4. OTRAS INVERSIONES

2.4.1. Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: NO

2.4.2. Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: NO

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

2.5.1. Realicé donaciones: NO

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

2.6.1. Tengo potenciales conflictos personales de interés: NO

3. IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y COMPLEMENTARIOS

3.1.1. Declaro renta ante la DIAN: NO