FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Osorio	Montes	Leydi Alejandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 38757211	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 05 MES 08 AÑO 1985

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO SEVILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 57 - 49 20 barrio el carmen

PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO SEVILLA

TELÉFONO 2197138 EMAIL samiosorio1405@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	07	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN PEDAGOGIA Y DOCENCIA	03	2019	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA AGROINDUSTRIAL	03	2015	19261-301209 CAU

ESPECIFIQUE 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 GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CAICEDONIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE EDUCACION - CALI					*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CAICEDONIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL OPERARIO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE EDUCACION SANTIAGO DE CALI					*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SEVILLA VALLE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2196903	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	07	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA					*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10 esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SEVILLA VALLE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2196903	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA					*DIRECCIÓN* CALLE 51 N 50 10 esquina						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SEVILLA VALLE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113003661	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	06	*Año* 2019	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA					*DIRECCIÓN* CALLE 50 50 10						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE SEVILLA VALLE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113003661	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2196903	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113003661	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10 ESQ					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113003661	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10 ESQ					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113003661	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10 ESQ					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3113003661	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10 ESQ					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA - QUINDIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3113003661	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10 ESQ					

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	11

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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Sevilla valle 5 Diciembre 2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Cali, 6-DIC-2022

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

GOBIERNO DE COLOMBIA

FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA PERSONA NATURAL (LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
INCIVA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Leydi Alejandra Osorio Montes

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 38.757.211 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Valle del Cauca	Sevilla

Dirección	Teléfonos
Mz 5 Casa 4 Barrio el Pinar	3156698155

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Samuel Velasquez Osorio	1.115.360.525	Hijo

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 POSESION X** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **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	500.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 500.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	78255020420	Sevilla	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
Junta de Acción Comunal Barrio el Pinar Sevilla	Secretaria

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Sevilla, Valle del Cauca, 05 de Diciembre de 2022
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

INCIVA	DECLARACION DE NO TENER INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR	FO-PAR-28	VERSION: 00	
			FECHA: 13 Febrero 2020	Página 1 de 2

NOMBRE COMPLETO	*Leydi Alejandra Osorio Montes*
CEDULA DE CIUDADANÍA	*38757211*
CARGO O CONTRATO QUE SE CELEBRA	*Prestación de Servicios*
Mediante la firma de este documento declaro que no tengo ninguna de las siguientes inhabilidades y/o incompatibilidades. En el caso que usted no declarará de manera inmediata se dará por terminado el contrato:	

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Certifico que:

No he celebrado contratos de Unión Temporal o Consorcios con INCIVA
No he celebrado contratos que dieran lugar a la declaratoria de caducidad en INCIVA
No he sido condenado judicialmente con destitución o a la pena de interdicción
No tengo cónyuge de algún servidor público que ejerza dirección en INCIVA
No soy hijo servidor público en INCIVA
No soy cónyuge o compañero permanente ni me encuentro dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad con cualquier otra persona que formalmente haya presentado propuesta para una misma licitación o concurso en INCIVA
No soy socio de sociedades de personas a las que se les haya declarado caducidad (así se vinculen posterior a la declaración) de contrato con INCIVA
No he sido condenado por peculado, concusión, cohecho, prevaricato o soborno trasnacional (aplicable para sociedades donde sean socios los condenados por estos salvo sociedades anónimas abiertas)
No he sido miembro de junta o consejo directivo o servidor público de la entidad contratante
No tengo parentesco hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con servidores públicos de nivel directivo, asesor, ejecutivo o miembros de junta o consejo directivo o con quienes tengan funciones de control interno o fiscal de la entidad con INCIVA
No tengo cónyuge o compañero (a) permanente de servidor público en los mismos cargos.
No pertenezco a corporaciones, asociaciones, fundaciones o sociedades anónimas que no sean abiertas, ni las limitadas y de personas en las que el servidor público en nivel directivo, asesor o ejecutivo, miembro de junta o consejo; o cónyuge, compañero (a) permanente o parientes hasta 2 grado de consanguinidad, afinidad, civil que tenga participación o desempeñe cargos de dirección o manejo en INCIVA.
No tengo familiares que sean Miembros de junta o consejo directivo para con la entidad donde trabajan o donde la entidad esté adscrita o vinculada

INCIVA	DECLARACION DE NO TENER INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR	FO-PAR-28	VERSION: 00	
			FECHA: 13 Febrero 2020	Página 2 de 2

Nota aclaratoria :

Se entenderá para efectos de parentesco los siguientes: consanguíneo primer grado (padres o hijos); segundo grado de consanguinidad (abuelos, nietos o hermanos); tercer grado de consanguinidad (bisabuelos, bisnietos, tíos o sobrinos); cuarto grado de consanguinidad (primos).
Parentesco por afinidad: primer grado de afinidad (padres o hijos de su cónyuge o compañero (a) permanente); segundo grado de afinidad (hermanos o abuelos de su cónyuge o compañero (a) permanente); tercer grado de afinidad (tíos o sobrinos de su cónyuge o compañero (a) permanente); cuarto grado de afinidad (primos de su cónyuge o compañero (a) permanente).

*Lo anterior acorde a lo contemplado en el artículo 8 de la Ley 80/1993; artículo 14 del decreto 2326/1996; artículo 18 de la Ley 1150/2007; artículo 75 del Decreto Extraordinario 1950 /1973; artículo 4 del Decreto 1042 de 1978; Ley 37 de 1993; artículo 1 de la Ley 44/1993; artículo 49 y 146 del Decreto 1421 de 1993; artículo 70 de la Ley 136/1994; artículo 4 del Decreto 679 de 1994;
artículo 4 del Decreto 856 de 1994; artículo 14 del Decreto 1824 de 1994; artículo 90 de la Ley 418/1997; artículo 70 de la Ley 617/2000; artículo 10 de la Ley 643/2001; artículo 4 de la Ley 716/2001; art. 273 Decreto 1333 de 1986;
artículo 54 de la Ley 734/2002.

FIRMA DECLARACIÓN:

Cédula de Ciudadanía No.: 38757211

COPIA CONTROLADA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 38.757.211
OSORIO MONTES
APELLIDOS
LEYDI ALEJANDRA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1985
SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-AGO-2003 SEVILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-3109700-68124202-F-0038757211-20040416 0082804106P 02 160451362

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14498249437

(415)7707212489984(8020) 000001449824943 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 8 7 5 7 2 1 1	5	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	38757211	2003/08/11

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Sevilla 7 3 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSORIO	MONTES	LEYDI	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Sevilla 7 3 6

41. Dirección principal
BRR EL PINAR MZ 5 CA 4

42. Correo electrónico samiosorio1405@gmail.com

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

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
7 1 1 0	2015/04/23	8 2 1 1	2015/01/20		2 2 1 3	

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
4 9																									

53. Código 49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 01 - 28

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 CORREA RIVAS GLORIA NANCY
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

36

DUPLICADO
Resolución Rectoral No. 04
Febrero 19 de 2014

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa "General Santander"

Sevilla - Valle del Cauca

Aprobada por la Secretaría de Educación del Departamento del Valle del Cauca, según Resolución Nº. 2001 de septiembre 6 de 2002

Confiere a:

Leydi Alejandra Osorio Montes

Identificado (a) con C.C. Nº 38.757.211 de Sevilla, Valle

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según el Proyecto Educativo Institucional.

Luz Eddy López Giraldo
C.C. Nº. 29.810.515 de Sevilla
Rectora

Adriana Salgado Gutiérrez
C.C. Nº. 29.816.546 de Sevilla
Secretaria

Acta No. 064 del 20 de julio de 2002
Libro No. 1 Folio No. 157 Registro No. 16

Dado en Sevilla, Valle del Cauca a los 20 días del mes de julio de 2002

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

DUPLICADO
Resolución Rectoral No. 04
Febrero 19 de 2014

Institución Educativa
General Santander

Sevilla - Valle del Cauca
Inscripción Dane: No. 176736000033
Registro S. E. N°:06099019
Icfes No. : 018538
Jornada - Diurna

Acta Individual de Graduación

En Sevilla Valle del Cauca, a los 20 días del mes de julio de 2002, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa General Santander, Institución Educativa autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Valle del Cauca según Resolución N°. 2001 del 6 de septiembre de 2002 hasta undécimo grado en el Nivel de Educación Media Académica para otorgar el Título de Bachiller Académico.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al Graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Leydi Alejandra Osorio Montes

Identificado (a) con C.C. No. 38.757.211 de Sevilla, Valle

Es fiel copia del Acta Original General N°. 064; Libro No. 1 Folio N° 157, Registro No. 16 de fecha 20 de julio de 2002, que consta de 21 alumnos, inicia con el nombre de María Isabel Arango Valencia y cierra con el nombre de Luz Enith Vallejo Noreña.

Firmada Por: Luz Eddy López Giraldo C.C. 29.810.515 de Sevilla (Rectora) y Adriana Salgado Gutiérrez, C.C. 29.816.546 de Sevilla (Secretaria)

Dada en Sevilla Valle del Cauca, a los 20 días del mes de julio de 2002.

Luz Eddy López Giraldo
C.C. N°. 29.810.515 de Sevilla
Rectora

Adriana Salgado Gutiérrez
C.C. N°. 29.816.546 de Sevilla
Secretaria

NOTA: Segun Decreto No. 1024 del 15 de Abril de1982 No requiere autenticación de firmas

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 03 de diciembre de 2022, a las 15:37:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	38757211
Código de Verificación	387572112212031537O8

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 210811818

WEB
15:39:29

Bogotá DC, 03 de diciembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LEYDI ALEJANDRA OSORIO MONTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 38757211:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:45:37 PM horas del 03/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **38757211**

Apellidos y Nombres: **OSORIO MONTES LEYDI ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/12/2022 03:48:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **38757211** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **47831313** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:12:37 horas del 05/12/2022, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **38757211,** Apellidos y Nombres **OSORIO MONTES LEYDI ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **INCIVA**, con NIT **800086201-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2022

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Colombia compra eficiente GOV.CO

IPS SEVISALUD S.A.S.
NIT: 901.210.005 - 6
Carrera 52 # 59-68 2do Piso - Barrio El Carmen
Teléfono: (2) 219 6053 - Cel: 310 385 5630
E-mail: ipssevisaludadmon@gmail.com / ipssevisaludgerencia@gmail.com
Sevilla - Valle.

Orden Nro.
211215010022

Software Asistencial Medico "SAM" © - https://samsalud.info ®

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Ciudad: Armenia - Quindío
Cliente: PARTICULAR
Fecha de Ingreso a la Empresa:
Empresa Contratante: OBERNACION DEL VALLE
Fecha de Realización: 2021-12-15 17:26:51
Empresa en Misión: OPERADOR DE GRANJA ZUÑIGA

Información del Paciente

Paciente: LEYDI ALEJANDRA OSORIO MONTES
Numero de Documento: 38757211
Dirección: MANZANA 5 CASA 4 PINAR
Ciudad: Sevilla
Fecha Nacimiento: 1985-08-05
Edad: 36 años
Teléfono: 3156698155
Estado Civil: Soltero
EPS: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS
Grupo sanguineo: O+
Fondo de pensiones:
Cargo o Labor: OFICIOS VARIOS - GRANJA

Concepto Médico Ocupacional

Tipo de Examen Médico: INGRESO

Énfasis:

Concepto de Ingreso: Apto para el cargo

Recomendaciones y/o restricciones Ocupacionales: 1. Capacitar en normas de Higiene y de Seguridad en las diferentes áreas de trabajo. 2. Capacitar en reporte oportuno los incidentes y/o Accidentes de trabajo. 3. Capacitar en el uso adecuado a los elementos de protección personal y ropas de trabajo. 4. Capacitar en lineamientos del protocolo de bioseguridad para Covid 19, implementado por la empresa. 5. Utilizar elementos de protección personal para el cargo: Sombrero o gorra, guantes, pantalón y camisa en algodón con mangas largas, botas de caucho. 6. Realizar examen medico ocupacional de control anual.

Recomendaciones y/o restricciones Médicas: 1. Continuar actividad física y deportiva regular: Actividad deportiva durante 30 minutos diarios por cinco días de la semana. 2. Usar Elementos de protección personal para reducir la exposición y contagio por el SARS-CoV-2 (COVID-19). 4. Complementar el esquema de vacunación de adultos, con vacuna antitetánica. 5. Uso de corrección visual permanente.

Procedimiento y/o Exámenes: EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

CONSENTIMIENTO INFORMADO:
De acuerdo a Resolución 2346 de 2007, modificado por la resolución 1918 de 2009. Manifiesto que he sido informado por parte del personal de acerca de los exámenes que me van a ser realizados, Historia Clínica Ocupacional y/o otros como ej. Audiometría, Tamizaje visual, Exámenes de laboratorio (SEVISALUD SAS y su red de prestadores de servicios de salud), enfermería, odontología, psicología y promoción de la salud (crecimiento y desarrollo, electrocardiograma, afinamientos) por parte del grupo asistencial de, comprendo y estoy de acuerdo, en consecuencia doy mi consentimiento para la realización de estos, y autorizo al personal a que proceda con la realización. Autorizo a que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para dar cumplimiento al programa de salud ocupacional o aquellas personas según lo contemple la ley, o que yo autorice por escrito la entrega de mis reportes e historia clínica, teniendo en cuenta la reserva de historia clínica que está contemplado en la Resolución 1995 de 1999. Además estoy de acuerdo y aseguro que toda la información que he suministrado para la realización de esta historia es verdadera y que no he ocultado información relevante para mi condición de salud.

Dr. Ariel Granados Urrea
Especialista en Salud Ocupacional
Medicina Laboral
Licencia 17-76-00 00495

Profesional de Atención:
ARIEL DE JESUS GRANADOS URREA
MEDICO EN SALUD OCUPACIONAL
RM 000495-12 S.S.S. RDA

Leydi Alejandra Osorio

Aspirante y/o Trabajador:
LEYDI ALEJANDRA OSORIO MONTES
Nro. Documento: 38757211

la suscrita **LEYDI ALEJANDRA OSORIO MONTES** identificada con C.C No. 38757211 expedida en Sevilla valle, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Departamento del Valle del Cauca con NIT. 890399029-5, para consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santiago de Cali, a los 14 días del mes de diciembrede 2021

leydi Alejandra Osorio M.

NOMBRE

C.C. 38757211 **expedida en** Sevilla Valle

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Servicio Occidental de Salud

República de Colombia

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	05/12/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliacion [ ] B.Novedad [X]

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]
B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen
A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Osorio	Montes	leydi	Alejandra.

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	38757211	F [X] M [ ]	05/08/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de poblacion especial
[ ]	[ ] [ ] [ ] / [ ] [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA	PROTECCION	1000000

18. Residencia: Mz 5 casa 4 B/ Pinar1 | 3156698155 | samiosorio405@gmail.com

SEVILLA | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | VALLE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
	[ ]		F [ ] M [ ]	

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

	24. Apellidos y nombres	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1				F [ ] M [ ]	
B2				F [ ] M [ ]	
B3				F [ ] M [ ]	
B4				F [ ] M [ ]	
B5				F [ ] M [ ]	

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN SOS FECHA 05 DIC 2022 Hora: Cedula Asesor 18.396.887 Código Asesor 2426

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS QUIRON	80110
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
leydy osorio	CC	38757211	

39. Ubicación

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 y 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-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 de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	Sexo F [ ] M [ ]	Fecha de nacimiento

42. Fecha	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones
01122022			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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.
- [X] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
- [X] 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.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

X Leydi A. Osorio **54. Cotizante , cabeza de familia o beneficiario**	X **55. El 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 PA CE CD SC — Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido 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 declare 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 pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia 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 acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario 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

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad		71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

FIRC 006

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.

ANEXO AL FORMULARIO DE AFILIACIÓN P.O.S.

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	0	5	1	2	2	2	Código Asesor		2426	Sucursal	013	Ciudad/Municipio	armenia

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de ingreso a la EPS anterior										Fecha de retiro a la EPS anterior								

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de afiliación al Sistema			Entidad Anterior de Prevención Seguridad Social en Salud o EPS	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Dirección de residencia	Puntaje Sisbén
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD		
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o la publicada en la página web:

	SI	NO
1.¿Previo a diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
2. Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	✔	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	✔	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	✔	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	✔	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a reestablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador. e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto. h) Realización de actualización de datos.

Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA corresponden a datos de salud.

De acuerdo al Articulo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados, 2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee. 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web www.sos.com.co

El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensordelusuario@sos.com.co o protecciondedatos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.

La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expreso que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante X Leydi A. Osorio

C.C. No. X 39757211

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C No.

Firma del Compañero(a)
C.C No.

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEYDI ALEJANDRA OSORIO MONTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **38757211,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de diciembre de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Santiago de Cali,

SEÑORES

PROYECTO EDUCACION AMBIENTAL

INCIVA

L.C

Por medio de la presente informo que me voy afiliar a la siguiente ARL :

ARL SURA SI _X___ NO____ **OTRA ARL CUAL:**_____

(Nota: Si, se afilia a una ARL diferente a SURA, entonces:)

Me comprometo y es mi responsabilidad una vez firme **el CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS, CON EL INCIVA,** radicarlo ante la respectiva ARL_____, en el nivel de riesgos # 3 (2,436%), y entregar el certificado de afiliación al INCIVA, junto con el informe de supervisión, así mismo reportarlo y cancelar en la planilla de liquidación junto con la EPS y PENSION.

Cordialmente,

Firma_____

Nombres y apellidos: Leydi Alejandra Osorio Montes

Cedula No: 38757211

Celular: 3156698155

Certificado
Bancario

Domingo, 4 de diciembre de 2022

Señor(a)
Inciva

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEYDI ALEJANDRA OSORIO MONTES identificado(a) con CC 38757211, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	78255020420	2016/02/09	CXC PENDIENTES

***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.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

SEÑORES

INCIVA - PROYECTO DE EDUCACION AMBIENTAL

ASUNTO: Autorización de notificación electrónica

Por medio del presente documento bajo **gravedad de juramento**, informo mi deseo y autorización de ser notificado de manera electrónica en lo relacionado a circunstancias, inconvenientes o controversias provenientes de mi proceso **precontractual, contractual, poscontractual** y todas las **obligaciones suscritas** con la entidad estatal a través de la figura del contrato deprestación de servicios, esto con el fin de la resolución de las mismas.

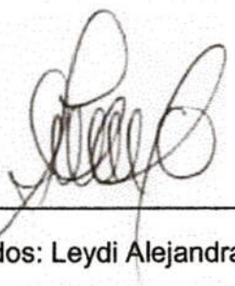
Esto en concordancia con la Ley 2213 del 2022, y Ley 1437 del 2011, en la cual, dentro de su artículo 56 precisa la necesidad de **aceptación** de la persona para recibir notificaciones de forma electrónica para surgir los efectos que requiera cada caso de acuerdo a su fin.

Correo electrónicoparanotificaciones: samiosorio1405@gmail.com

NOTA: En caso de cambio del correo electrónico, o cambio de forma de notificación, a la luz del articulo 56 ley 1437 de 2011, Me comprometo que mediante documento adicional radicado en la entidad hare el reporte y notificación a INCIVA mi nueva dirección de correo electrónico o mi nueva forma de notificación.

Para constancia de lo anterior se firma el día (05) de (12) del 2022.

Atentamente,



Firma_____

Nombres y apellidos: Leydi Alejandra Osorio Montes

Domicilio: Mz 5 casa 4 Barrio El Pinar

Cedula No. 38757211

Teléfono: 3156698155