



DIAN POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización		4. Número de formulario 14879766038			
					(415)7707212489984(8020) 000001487976603 8
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 2 6 2 8 4 0 8 4		6. DV 2	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de Identificación 1 0 2 6 2 8 4 0 8 4		27. Fecha expedición 2 0 1 1, 0 6, 0 3
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9	29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.
31. Primer apellido DAZA		32. Segundo apellido MERA	33. Primer nombre JIMENA		34. Otros nombres LICETH
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.	40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		0 0 1
41. Dirección principal CR 7 C 145 32 CA 101					
42. Correo electrónico ximeliz93@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 9 3 8 8 9 5 1 4		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 8 6 9 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 6, 0 2, 0 1		51. Código 3 2 1 1	
48. Código		49. Fecha inicio actividad		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Obligados aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2022 - 12 - 15 / 08 : 31: 17	
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 DAZA MERA JIMENA LICETH 985. Cargo CONTRIBUYENTE		



DR. CARLOS E. MORENO R. – MEDICINA PREVENTIVA Y DEL
TRABAJO – MEDICINA LABORAL – SALUD OCUPACIONAL
Carrera 10 No. 134 – 07 Consultorio 212 Tel: 3006240013 www.facebook.com/cemconsultoriasas

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

(DE ACUERDO A LA RESOLUCION 2346 DE 2007)



FECHA DEL EXAMEN: DIA 15 MES 12 AÑO 2022

1. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL EMPLEADOR O CONTRATANTE: SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE
ACTIVIDAD ECONOMICA: SALUD
SITIO DE TRABAJO: HOSPITAL SIMON BOLIVAR

2. IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: JIMENA LICETH DAZA MERA
IDENTIFICACION: 1026284084 FECHA DE NACIMIENTO: 21 04 93
GENERO F EDAD: 29
CARGO A DESEMPEÑAR/ACTUAL: BACTERIOLOGA

3. TIPO DE EXAMEN

1.INGRESO __X__ 2.PERIODICO__ 3.EGRESO__ 4.RETORNO AL TRABAJO__
5. CAMBIO DE LABOR__ 6. PERICIAL__ 7. VIAJE AL EXTERIOR__ 8.OTROS__

EXAMENES REALIZADOS: MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

4. CONCEPTO DE APTITUD

INGRESO: APTO __X__ RECOMENDACIONES __ APTO CON RESTRICCION QUE NO INTERVIENE EN
CARGO NUEVA VALORACION__
PERIODICO: NORMAL __ REMISION A EPS __ RESTRICCION ESPECIAL__
RETIRO: NORMAL __ REMISION A EPS__

5. APTITUD ESPECIFICA PARA TAREAS

SE CERTIFICA QUE AL MOMENTO DE LA EVALUACION NO PRESENTA SIGNOS NI SINTOMAS
COMPATIBLES CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NO
PRESENTE ANTECEDENTE DE PATOLOGIA DE ALTO RIESGO EN COMORBILIDAD CON COVID-19.
IGUALMENTE SE CERTIFICA QUE NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO RECIENTE CON COVID-19.

6. RECOMENDACIONES.

SE RECOMIENDA BAJAR DE PESO. CONTROL PERIODICO SALUD OCUPACIONAL.
CONTROL PERIODICO OPTOMETRIA EPS.

CONSENTIMIENTO: Declaro que he dado mi consentimiento al médico y que he sido informado de los beneficios,
riesgos y resultados de los exámenes solicitados. Declaro que la información que suministré en este examen es
completa y verdadera y autorizo al médico para que, en caso necesario, informe a la empresa sobre mi estado de
salud. Así mismo me comprometo a seguir las recomendaciones. En constancia de todo lo anterior firmo:

Dr. Carlos E. Moreno R.
Medicina del Trabajo y Laboral
Especialista
E.N. 1907 LLO. 2107



DR CARLOS EDUARDO MORENO ROMERO
CC Y RM 79324442
MEDICO ESPECIALISTA SO. LIC SO 16388/2022

FIRMA DEL PACIENTE