Barranquilla, 18 de octubre de 2023

Respetado (a)
Sonia Ethel Durán
Vicerrector de Extensión e Investigación

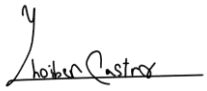
En respuesta a la comunicación proyectada por su despacho, por la cual se me hace extensiva la invitación a participar en el proceso contractual para el desarrollo del presente objeto "Prestación de servicios de apoyo a la gestión provenientes del contrato interadministrativo No. CD-81-2023-4665 para fortalecimiento del perfil empleable, a través de formación a la medida, de los participantes priorizados, en la ruta implementada por el Distrito de Barranquilla para la integración económica de migrantes, retornados y población de acogida, en el cumplimiento del convenio de cooperación internacional de la Fundación Conrad N. Hilton" El cual lleva dentro de sí el desarrollo de las siguientes obligaciones:

1. Realizar la producción y postproducción de clips de audio y video institucionales y promocionales, publicándolos y transmitiéndolos en los medios disponibles y administrados dentro del marco del proyecto Pa' Lante.
2. Realizar el cubrimiento audiovisual de los eventos dentro del marco de la ejecución del proyecto Pa' Lante, dentro y/o fuera de las instalaciones o sedes.
3. Realizar grabación y transmisión de eventos dentro del marco del proyecto Pa' Lante por Facebook, YouTube y/o Instagram, entre otros.
4. Resguardar la memoria del marco del proyecto Pa' Lante como registros fotográficos y de video, en los almacenamientos institucionales que están en OneDrive, asegurando que cada registro lleve los respectivos metadatos para su uso posterior.
5. Apoyar en la organización de actividades y eventos de procesos necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas dentro del marco del proyecto Pa' Lante.
6. Socializar a funcionarios, contratistas y/o red de corresponsales los manuales y/o recomendaciones relacionadas con las actividades asignadas.
7. Cumplir con el plan de trabajo asignado para cubrimiento y realización de productos audiovisuales dentro del marco del proyecto Pa' Lante.
8. Presentar la cuenta de cobro.
9. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.
10. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.
11. Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.
12. Cumplir con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por el IUB.
13. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Control Interno de la Institución universitaria de Barranquilla IUB.
14. Encontrarse al día en el pago de los aportes de seguridad social y/o parafiscales durante la ejecución del contrato.
15. Asistir a las reuniones que convoque al supervisor del contrato.
16. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual
17. Realizar la legalización del contrato dentro de los (5) días siguientes la suscripción del mismo.
18. Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.
19. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le corresponda.

Me permito manifestar mi interés y disposición, ofreciendo al servicio de la institución toda mi experiencia e idoneidad, y aceptando las condiciones establecidas en el estudio previo, el valor presupuestado, la forma de pago y demás, consignadas en la suscrita invitación.

Además, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de los que trata el Decreto 777 de 1992; de igual forma se autoriza para que sean verificados los antecedentes fiscales, disciplinarios, judiciales y demás información requerida en el desarrollo del proceso contractual.

Atentamente,



Yhoiber Miguel Castro Chaverra
Documento de identidad No. 1193555399 De Barranquilla

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **1.193.555.399**

CASTRO CHAVERRA

APELLIDOS

YHOIBER MIGUEL

NOMBRES

Yhoiber Castro

FIRMA

Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUN-2002**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.90	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-OCT-2020 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0300150-01173677-M-1193555399-20201027 0072210630A 1 8500853437

Powered by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Universidad De Barranquilla

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Castro	Chaverra	Yhoiber Miguel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1193555399

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 26 MES 06 AÑO 2023

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

MUNICIPIO Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

k21 #10-80

PAÍS Colombia DEPTO Atlántico

MUNICIPIO Malambo

TELÉFONO 3014027654 EMAIL yhoibermcastro@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:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*	*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2018
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		Técnico Profesional en producción Gráfica y Multimedial	10	2022	

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
Español			X			X			X
Inglés		X				X		X	

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 ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Barranquilla, 26/09/2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

ITSA
INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

En nombre de la República de Colombia, autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
y en su representación el Consejo Directivo y el Rector;

Teniendo en cuenta que:

YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA

CC 1193555399 De Barranquilla

Ha cumplido los requisitos académicos exigidos por la Institución Universitaria ITSA,
le otorga con todas las prerrogativas, obligaciones y derechos el título de:

TÉCNICO PROFESIONAL EN
PRODUCCIÓN GRÁFICA Y MULTIMEDIAL

Dado en Barranquilla Atlántico, a los veintiuno (21) día del mes de octubre de dos mil veintidós (2022)

Vicerrector Académico

Rector

Secretario General

Registro Nacional 12529 Libro No. 010 Folio 3641 Acta GV 043

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Certifies that

CASTRO CHAVERRA YHOIBER MIGUEL

With ID No 1193555399 issued from BARRANQUILLA

Has successfully completed and developed all academic knowledge and contents established in

PRE-INTERMEDIATE ENGLISH

Awarded on March 06, 2023, in Barranquilla, Colombia

Vice president of extension and investigation

Resolucion 2284

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPUBLICA DE COLOMBIA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TÉCNICO INDUSTRIAL BLAS TORRES DE LA TORRE

SOLEDAD – ATLANTICO

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución Nº 2407 del 24 de Diciembre de 1999

Confiere a:

YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA

Identificado con T.I. Nº 1.193.555.399

El título de:

BACHILLER TÉCNICO INDUSTRIAL

En la especialidad de **MECANICA DE AVIACIÓN**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según los Planes y Programas vigentes

EVELYN NAVARRO GOMEZ
C.C. Nº. 22.570.035 de Polonuevo
Rectora

MARTHA ELENA PALACIO ARIAS
C.C. Nº. 32.616.259 de Barranquilla
Secretaria General

REGISTRO DE ACTA DE GRADO

LIBRO Nº. 007 ACTA Nº 70

FOLIO Nº. 059 Nº. DE ORDEN 076

SE SUPRIMEN LOS SELLOS DECRETO Nº.2150
ART. 11 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995

Dado en Soledad a los 6 días del mes de diciembre de 2018

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14950141877

(415)7707212489984(8020) 000001495014187 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 3 5 5 5 3 9 9	7	Impuestos de Barranquilla 2	

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 1 9 3 5 5 5 3 9 9	2 0 2 0 1 0 2 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	CHAVERRA	YHOIBER	MIGUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Malambo 4 3 3

41. Dirección principal: CL 21 10 80

42. Correo electrónico: yhoibercastro@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 8 3 0 2 0	3 0 1 4 0 2 7 6 5 4	3 8 4 3 5 0 0

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
9 0 0 4	2 0 2 0 0 9 0 1					

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										
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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 09 - 23 / 22 : 55: 12

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 CASTRO CHAVERRA YHOIBER MIGUEL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:16:16 PM horas del 22/09/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1193555399**
Apellidos y Nombres: **CASTRO CHAVERRA YHOIBER MIGUEL**

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.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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 viernes 22 de septiembre de 2023, a las 22:20:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1193555399
Código de Verificación	119355539923092222012

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. 231783256

PIB
22:27:13

Bogotá DC, 22 de septiembre del 2023

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) YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1193555399:

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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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

(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, 23/09/2023 12:06:26 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1193555399** y Nombre: **YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA.**

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. **74126972** . 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

Función Pública

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Yhoiber Miguel Castro Chaverra

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1,193,555,399 CON DOMICILIO PRICIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Atlantico	Malambo

Dirección	Teléfonos
k 21 #10-80	3014027654

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luz Elena Chaverra Palmera	32,776,612	Madre

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	200,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 200,000

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
Nequi	Cuentas de ahorro	3014027654	Digital	$ 200,000
Daviplata	Cuenta ded ahorro	3014027654	Digital	$ -

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

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

Barranquilla, Atlantico 26/09/2023

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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 **YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193555399,** se encuentra afiliado/a desde **25/09/2023** 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 26 de septiembre de 2023.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 26611501

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS) A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectivo [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

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

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

5. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento) 3 — 3 INDEPENDIENTE

Código Tipo de Pensionado

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	7. Tipo de doc
CASTRO	CHAVERRA	YHOIBER	MIGUEL	CC

8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado civil	EPS anterior
1193555399	Femenino [ ] Masculino [X]	26/06/2002	SOLTERO (A)	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
	SIN INFORMACION	1,900,000

18. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CR 21 # 10 - 80		3014027654	YHOIBERMCASTRO@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
MALAMBO	Urbana [X] Rural [ ]		ATLANTICO	2749 VIVA 1A MALAMBO

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 Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	20. Tipo de doc

21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento	Dirección

Municipio/Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Teléfono Celular

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

	Primer apellido	Segundo apellido	24. Apellidos y nombres Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de doc	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	33. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B2			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B3			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B4			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	
B5			Tipo [F][N][M] Condición [T][P]	

	32. Datos de residencia Dirección	Zona U R	Municipio / Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

	34. Selección de la IPS Primaria	Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

apoteosis

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 26611501

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: [ ]
- [X] 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 las condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la 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.
- [ ] 13. Movilidad: [ ] 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 doc	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código: [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 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.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no intención 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 la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratados dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante o cabeza de familia

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Código Asesor

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] 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 sentencia judicial que declare 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 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.

AREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES: _____

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

EPS

sura

Señor Afiliado:
Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superindencia Nacional de Salud, le solicitamos responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que usted realizó de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla física o cartilla publicada en la página web de **EPS SURA**:

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
¿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? (Ver página 150 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI

Nombre: YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA

Cédula: CC1193555399

Firma:

Este documento fue generado con la información registrada el 25/09/2023 12:31:29 para efectos del formulario de afiliación.

Empresa: SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS

Teléfono: 3857980

Fax: 0

Dirección: CL 70 #48-56

Resultado de Prueba

Id Examen: 2618 **Nombre**: YHOIBER CASTRO CHAVERRA Nombre de Prueba: VS-V Colombia

Fecha del Examen: 25/09/2023 **Doc**: 1193555399 Estándar de Visión: Default

Administro por: ADMIN

En el Pasado, Examina por:

Anteojos- Lentes de Contacto:

Problemas con los Ojos:

Nombre Prueba	Distancia	Luminocidad	Estado	Resultado
Agudeza Ojo Derecho	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: 20/20
Agudeza Ojo Izquierdo	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: 20/25
Agudeza Binocular	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: 20/30
Agudeza Binocular	Intermedio 1	Día	Pasa	Pasa la prueba: 20/30
Phoria	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: Superior:6, Inferior:4
Estereopsis	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: L-5. 85% Cruz
Vision de Color (Rojo / Verde)	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: Tres Correctos
Vision de Color (Azul / Violeta)	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: Tres Correctos
Vision Periferica	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: Izquierdo:70* Derecho:70*
Periferica Vertical	Lejos	Día	Pasa	Pasa la prueba: Ve todas las luces
Agudeza Ojo Derecho	Cerca	Día	Pasa	Pasa la prueba: 20/20
Agudeza Ojo Izquierdo	Cerca	Día	Pasa	Pasa la prueba: 20/20
Agudeza Binocular	Cerca	Día	Pasa	Pasa la prueba: 20/30
Phoria	Cerca	Día	Pasa	Pasa la prueba: Superior:5, Inferior:4
Estereopsis	Cerca	Día	Pasa	Pasa la prueba: L-5. 85% Cruz
Sensitividad Contraste	Lejos	Noche	Pasa	Pasa la prueba: 10%
Recuperación visual al encandilamiento	Lejos	Noche	Pasa	Pasa la prueba: Seis o más correctos

Notas: VISION NORMAL

PASA

Mast Concepts
2200 Dickerson Road - Reno, NV 89503
Tel: 775-324-2799 - Fax: 775-324-5375
E-mail: sales@keystoneview.com
www.keystoneview.com

SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS

NIT. 800033723
CALLE 70 N 48 -56 3857980

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

TIPO CERTIFICACION

1. PREINGRESO ☐	2. PERIóDICO PROGRAMADA ☐	3. RETIRO ☐	4. CONTROL ☐	5. POST INCAPACIDAD ☐
6. REUBICACIóN ☐	7. CASO OCUPACIONAL ☐	8. TRAB. EN ALTURAS ☐	9. ESPACIOS CONFINADOS ☐	10. MANIPULACION DE ALIMENTOS ☐

DATOS DEL PACIENTE

FECHA:	25/09/2023	**EMPRESA EN MISION:**		PARTICULAR			
PACIENTE:	YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA			**IDENTIFICACION:**	CC : 1193555399		
CARGO:	PRODUCTOR DE AUDIO VISUALES Y DISEÑADOR GRAFICO			**EDAD:**	21		
ESTADO CIVIL:	Soltero(a)	**FECHA DE NACIMIENTO:**		26/06/2002	**EPS:**	SURA	
DIRECCION:	CRA 16 B # 65-70:ALTOS DE LOS ROBLES			**TELEFONO:**	3014027654		
PESO:	85	**TALLA:**	1,90	**P.ABDOMINAL:**	0,00	**IMC:**	23,5



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1. EXAMEN MEDICO ☑	2. VISIOMETRIA ☑	3. OPTOMETRIA ☐	4. AUDIOMETRIA ☐	5. ESPIROMETRIA ☐
6. LABORATORIO CLINICO ☐	7. RADIOGRAFIA ☐	8. ELECTROCARDIOGRAMA ☐	9. PRUEBA PSICOSENSOMETRICA ☐	

CASO OCUPACIONAL - PREINGRESO

CONCEPTOS	SI	NO
1. EXISTEN RESTRICCIONES PARA LA OCUPACION	☐	☑
2. APTO CON RECOMENDACIONES	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐	Auditivo ☐	Respiratorio ☐	Cardiovascular ☐	Psicosocial ☐	Ergonomico ☐
Otro ☐					

Remisión:	SI	☐	NO	☑	EPS: SI	☐	NO ☑	ARL: SI ☐ NO ☑

RECOMENDACIONES Y/O CONDICIONES

SE RECOMIENDA DIETA SANA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS, ACTIVIDAD FISICA REGULAR COMO SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE
-EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORMA REGULAR ENTRE 150-300 MINUTOS POR SEMANA (OMS) PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC).
-PAUSAS ACTIVAS
-MEDIDAS ERGONOMICAS E HIGIENE POSTURAL
-USOS DE ELEMENTOS PROTECCION PERSONAL ACORDES A LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CERTIFICO Y MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LO CONCERNIENTE AL PROPóSITO Y BENEFICIO DEL EXAMEN MéDICO OCUPACIONAL Y/O EXáMENES COMPLEMENTARIOS QUE SE ME VAN A REALIZAR, COMPRENDO QUE EL OBJETIVO DE LOS MISMOS ES IDENTIFICAR CONDICIONES DE SALUD Y REALIZAR DIAGNóSTICOS PRESUNTIVOS DE ENFERMEDAD LABORAL ASí COMO LOS BENEFICIOS Y SU IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO, EJECUCIóN Y CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE GESTIóN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA AL IGUAL QUE SUS RIESGOS, MOTIVO POR EL CUAL AUTORIZO EN FORMA LIBRE, ESPONTáNEA Y VOLUNTARIA MI CONSENTIMIENTO PARA SU REALIZACIóN DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE. PARA LA CUSTODIA Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS, FACULTO Y DELEGó AL PROFESIONAL EN MEDICINA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE **SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS**, Y/O MEDICINA LABORAL DE LA EMPRESA, QUIEN TENDRá A SU CARGO DICHOS DOCUMENTOS SIENDO EL RESPONSABLE DE GARANTIZAR SU CONFIDENCIALIDAD. PODRáN ENTREGAR COPIA DE MI HISTORIA CLíNICA OCUPACIONAL FOLIADA, PREVIA AUTORIZACIóN DE MI PARTE O CUANDO MEDIE MANDATO JUDICIAL, A SOLICITUD DE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL, EN CONCORDANCIA CON LAS **RESOLUCIONES NO. 2346 DE 2007 Y 1918 DE 2009 Y DECRETO 1072 DE 2015**. TODA INFORMACIóN DE SALUD GOZARá DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE (**DECRETO 3380 DE 1981, RESOLUCIóN 2463 DE 2009** Y LOS QUE LOS MODIFIQUEN) Y SóLO SERá USADA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO. DE IGUAL MANERA, DOY MI AUTORIZACIóN EXPRESA PARA QUE **SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS SAS**, RECOLECTA Y DE CUALQUIER MANERA TRATE MIS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES DE COMUNICACIóN EFECTIVA, CALIDAD DE SERVICIO, MANEJO DE DATOS CLíNICOS Y OTRAS QUE APLIQUEN SEGúN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. DECLARO QUE LA INFORMACIóN QUE SUMINISTRO ES VERIDICA Y NO OMITIR NINGúN ANTECEDENTE, DE ACUERDO A LO QUE ME OBLIGA EL **ARTíCULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994**.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: DAVID ALEJANDRO MIRANDA TORO
CC - 1129569382
R.M.: 1129569382
ESPECIALIDAD - MEDICO OCUPACIONAL

PACIENTE: YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA
IDENTIFICACION: CC : 1193555399

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 10:45:36 horas del 20/10/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1193555399,** Apellidos y Nombres **CASTRO CHAVERRA YHOIBER MIGUEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**, con NIT **802011065-5** 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

© 2023

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1193555399 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 24/09/2023 12:31 AM

Código Verificación: **GNHBQ4V63U**

Válida hasta: **23/12/2023**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1193555399, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	YHOIBER
Segundo Nombre:	MIGUEL
Primer Apellido:	CASTRO
Segundo Apellido:	CHAVERRA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1193555399
Razón para el estado:	Inscripción
Estado del ciudadano:	En registro

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 23 días del mes de Octubre de 2023, a las 5:48:33 PM.

Cordialmente,

TC. ROJAS FONSECA ALEXANDER

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

FÉ EN LA CAUSA

'ESTAMOS EN EL CORAZÓN DE LOS COLOMBIANOS Y AHÍ NOS VAMOS A QUEDAR'