El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gonzalez	Borrero	Cesar Orlando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C (•) C.E ( ) PAS ( ) No. 1119184907

SEXO F ( ) M (•) **NACIONALIDAD** COL. (•) EXTRANJERO ( ) **PAÍS** Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 11 MES 12 AÑO 1995
PAÍS Colombia
DEPTO
MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
Vereda El Refugio Finca LA Campil?a
PAÍS Colombia DEPTO Arauca
MUNICIPIO FORTUL
TELÉFONO 3113915121 EMAIL cgonzalez68@unisalle.edu.co

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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 BASICA										TÍTULO OBTENIDO: bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 / MES 12 AÑO 2013
									X	

EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACION		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		INGENIERIA AGRONOMICA	08	2018	

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
Inglés	X			X			X		

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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
Parques Nacionales Naturales de Colombia	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Arauca	FORTUL	atencion.usuario@parquesnacionales.gov.co
TELÉFONOS 0376454868	**FECHA DE INGRESO** DÍA 26 MES 02 AÑO 2019	**FECHA DE RETIRO** DÍA 26 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL Prestación de servicios 038	**DEPENDENCIA** DTAN - El Cocuy	**DIRECCIÓN** Calle 74 no 11 - 81 Bogotá - Colombia

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Universidad De La Salle		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Arauca	FORTUL	dflechas@lasalle.edu.co
TELÉFONOS 3004966139	**FECHA DE INGRESO** DÍA 01 MES 05 AÑO 2017	**FECHA DE RETIRO** DÍA 30 MES 09 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO ingeniero agronomo	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN** carrera 5 # 59A 44

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ○ 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 _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

24 ENE 2020

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.dafp.gov.co

UNIVERSIDAD DE

LA SALLE

COLOMBIA

Educar para Pensar, Decidir y Servir.

Personería Jurídica Resolución 0597 del 12 de febrero de 1965

LA UNIVERSIDAD DE LA SALLE

En atención a que

César Orlando González Borrero

C.C. 1'119.184.907 de Fortul

ha cursado todos los estudios y cumplido los requisitos establecidos por la universidad y las disposiciones legales para optar el grado universitario en la Facultad de

Ciencias Agropecuarias

le otorga en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional el Título de

Ingeniero Agrónomo

En fe de lo cual firmamos y sellamos este diploma en Bogotá, D.C., a los 17 días del mes de agosto de 2018

Registro 196
Anotado al folio 156 Libro 6
Bogotá, D.C. República de Colombia
Día 17 Mes Agosto Año 2018

Nº 053285

Alberto Prada Sanmiguel, f.s.c.
RECTOR

Saney Yaneth Moreno Espinosa
SECRETARIO GENERAL

Aristo Avila Arbeláez, f.s.c.
DECANO

UNIVERSIDAD DE
LA SALLE
COLOMBIA

COPIA ACTA DE GRADO No. 52541

En la ciudad de Bogotá, D.C., el 17 de Agosto de 2018, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por el señor Rector, Hermano ALBERTO PRADA SANMIGUEL, en el cual la Universidad de La Salle, autorizada para el efecto según Resolución de Registro Calificado No. 14390 del 07 de septiembre de 2015, del Ministerio de Educación Nacional y previo juramento reglamentario, confirió el título de

INGENIERO AGRÓNOMO

A **CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO**

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.119.184.907 de Fortul, quien cumplió con los requisitos académicos, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Universidad y con las normas legales, y le otorgó el Diploma No. 053285 que lo(a) acredita como Profesional. En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Agosto de 2018.

El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Rector y la Secretaria General.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C., 17 de Agosto de 2018.

SARAY YANEHT MORENO ESPINOSA
Secretaria General

Henry E.

UNIVERSIDAD DE
LA SALLE
Registro: 196
Anotación al folio: 156 Libro 6
Bogotá D.C. - Colombia
Día 17 Mes agosto Año 2018

Educar para pensar, decidir y servir.

THOMAS GREEN & SONS.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.119.184.907**

GONZALEZ BORRERO

APELLIDOS

CESAR ORLANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-DIC-1995**

CONCEPCION
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

10-ENE-2014 FORTUL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4001700-00974209-M-1119184907-20160131 0059354515A 1 48262933

PLANILLA NRO. 8602879852 Tipo I 2019
12

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1119284907	CÉSAR DELANDO GONZALEZ BORRERO	ÚNICO	0	0	2019-12	2019-12	8602879852	3655833269	PRIVADA	I	14-25	30

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
VEREDA EL REFUGIO	PUERTO	760	ARAUCA	81	3113915121	0	cgonzalez6@unisalle.edu.co	7490	0	1	2019-12-19	2020-01-03

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
ESSC33	804002105	69600	0	0	0	0	0	69600	0	0	0	69600	0	0	0	0	69600	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AP	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
25-14	900336004	114900	0	0	0	0	0	0	114900	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-25	860226175	17500	0	0	0	17500	0	0	17500	0	0	0	17500

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA

PENSIONES	114900
SALUD	69600
RIESGOS LABORALES	17500
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	222000

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: GONZALEZ BORRERO CESAR ORLANDO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1119184907, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-731-50-04283-1, con una antigüedad de DOS (2) año(s).

Se expide en TAME, a los diez (10) días del mes de enero de 2019, con destino a: SOLICITUD DEL INTERESADO

Banco Agrario de Colombia
OF. TAME - ARAUCA

DIRECTOR (A) OFICINA

FIRMA AUTORIZADA

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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DEL SISTEMA DE PARQUES NACIONALES NATURALES

REGISTRO DE CUENTAS BANCARIAS PERSONA NATURAL

IDENTIFICACION

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO IDENTIFICACION	FECHA EXPEDICION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad)
C.C [X] C.E [ ]	CC 1.119.184.904	10/01/2014	Fortul-Arauca

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GONZALEZ	BORRERO	CESAR	ORLANDO

UBICACIÓN

PAIS	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO
Colombia	Arauca	Fortul

DIRECCION ACTUAL: carrera 5A - 5-15 El Cocuy , Boyacá.

APARTADO AEREO:

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO 1:	TELEFONO 2:
Cgonzalez68@unisalle.edu.co	3113915121	

CLASIFICACION TRIBUTARIA

ACTIVIDAD ECONOMICA : (CODIGO DEL RUT)

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

RESPONSABILIDAD IVA
REGIMEN COMUN [ ]
REGIMEN SIMPLIFICADO [ ]

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

INFORMACION PARA PAGOS

ENTIDAD FINANCIERA	Banco Agrario de Colombia	NUMERO DE CUENTA	473150042831
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE [ ]	AHORROS [X]	
CIUDAD: Fortul Arauca	SUCURSAL:		

FIRMA DEL TITULAR

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14680347051

(415)7707212489984(8020) 000001468034705 1

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

IDENTIFICACION

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 1 9 1 8 4 9 0 7	2 0 1 4 0 1 1 0

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Fortul 3 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	BORRERO	CESAR	ORLANDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Fortul 3 0 0

41. Dirección principal: VDA MURIBA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
cgonzalez68@unisalle.edu.co		3 1 1 3 9 1 5 1 2 1	3 1 1 2 1 6 0 6 2 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 9 0 1 1 8	8 2 9 9	2 0 1 8 0 1 2 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	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: 2 0 2 0 0 1 2 3

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: GONZALEZ BORRERO CESAR ORLANDO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Matrícula Profesional No.

15209-411493 BYC

Fecha de Expedición: **18/01/2019**

Nombre:

CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO

Identificación:

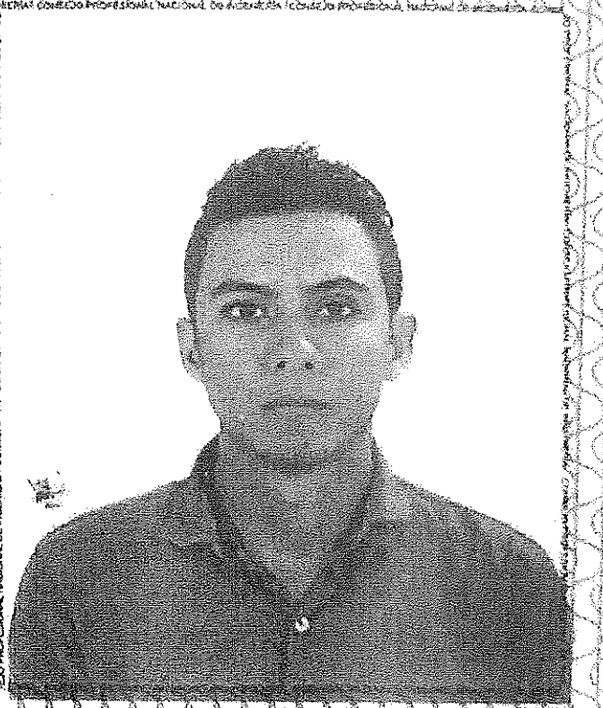
C.C. 1119184907

Profesión:

INGENIERO AGRONOMO

Institución:

UNIVERSIDAD DE LA SALLE



Arauca, Arauca., 15 de febrero del 2019

Señor (es)
PARQUES NACIONALES NATURALES
Carrera 29 No. 30-12 la Aurora
Bucaramanga –S.

Asunto: Respuesta solicitud.

De conformidad a lo solicitado por el ciudadano **CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO**, relacionado con el estado actual de su situación militar y si es beneficiario de la ley 1861 de 2017 *"Por la cual se reglamenta el servicio de Reclutamiento, Control de Reservas y la Movilización"*, con toda atención me permito informar lo siguiente:

Una vez verificados los datos del ciudadano en el Sistema de Información de Reclutamiento (FENIX), se encontró que inició su proceso de definición de la situación militar a través del Distrito Militar No 53 y fue clasificado al tenor de lo dispuesto en el artículo 25 de la ley 1861 de 2017[1] desde el **30/07/2013** y su estado actual es **LIQUIDACION – POR LIQUIDAR.** En la actualidad el ciudadano debe continuar con el proceso de liquidación de la cuota de compensación militar.

Ahora bien, teniendo en cuenta el estado de la situación militar del ciudadano y lo contemplado en la ley 1861 de 2017, se puede indicar que el señor **CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO**, es beneficiario de lo dispuesto en la mencionada ley.

Finalmente, el ciudadano cuenta con dieciocho (18) meses, a partir de la fecha de su vinculación laboral, para definir su situación militar, tal y como lo indica el artículo 42 de la ley 1861 de 2017[2].

Atentamente,

CT. JULIAN ALDEISY MARTINEZ RUEDA
Comandante Distrito Militar No. 53.

---

[1] *Artículo 25°. Clasificación.* Es el acto por medio del cual la autoridad de reclutamiento determina que un ciudadano no puede ser incorporado por:

1. Encontrarse inmerso en una causal de exoneración establecidas en el artículo 12 de la presente ley.

[2] "**Artículo 42. Acreditación de la situación militar para el trabajo.** La situación militar se deberá acreditar para ejercer cargos públicos, trabajar en el sector privado y celebrar contratos de prestación de servicios como persona natural con cualquier entidad de derecho público.

Sin perjuicio de la obligación anterior, las entidades públicas o privadas no podrán exigir al ciudadano la presentación de la tarjeta militar para ingresar a un empleo. Las personas declaradas no aptas, exentas o que hayan superado la edad máxima de incorporación a filas podrán acceder a un empleo sin haber definido su situación militar. Sin embargo, a partir de la fecha de su vinculación laboral estas personas tendrán un lapso de dieciocho (18) meses para definir su situación militar..." (Subraya fuera del texto original)

Consulte el estado de su Situación Militar

Diligencie los siguientes campos y conozca el estado de definición de su situación militar.

Tipo de documento (*):

Cédula de Ciudadanía

Número de documento (*):

1119184907

Limpiar Consultar

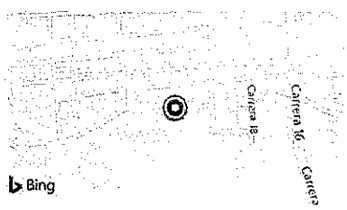
Inscripción | Citado | Concentración | En Liquidación | Reservista

CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO

En Liquidación - Por Liquidar

Lugar: Distrito Militar No. 053

Dirección: Instalaciones Decimaoctava Brigada 1 (Arauca - Arauca)



¿Qué debo hacer?

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios

CVAD-2020-040862

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1119184907, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA AGRONOMA con MATRICULA PROFESIONAL 15209-411493 desde el 18 de Enero de 2019, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 92.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de Enero del año dos mil veinte (2020).

Gloria Matilde Torres Cruz

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Micrositе/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14534497286

(415)7707212489984(8020) 000001453449728 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1119184907	7	Impuestos y Aduanas de Arauca 34	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1119184907	2014 01 10

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Arauca 81	Fortul 300

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	BORRERO	CESAR	ORLANDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Arauca 81	Fortul 300

Dirección principal

VDA MURIBA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
cgonzalez68@unisalle.edu.co		3113915121	3112160628

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades 50. Código: 1	2	Ocupación 51. Código	52. Número establecimientos
1020	2017 10 01	8299	2018 12 12	0161		2213	

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:	49																									

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: 2019 05 23

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 03-01-2020 11:16:08AM

ODONTO – MEDICINA "SERVIR"
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LTDA
NIT. 900131834 – 2 REGIMEN COMUN

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL - CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARQUES NACIONALES CIUDAD: SARAVENA FECHA: 15.01.19

PREOCUPACIONAL [X] POSOCUPACIONAL [ ] PERIODICO [ ]
REINTEGRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [ ] OTROS [ ]



NOMBRES Y APELLIDOS: CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO EDAD: 23

IDENTIFICACIÓN 1.119.184.907 CARGO: OPERARIO TELEFONO: 311-3915121

EXAMENES PRACTICADOS

Examen Médico Ocupacional	X	Psicología		Hemoclasificación	X	Creatinina	
Examen Osteomuscular	X	Glicemia	X	Parcial de Orina	X	Transaminasas TGO/TGP	
Audiometria	X	Colesterol Total	X	Koh de Uñas		Fosfatasa Alcalina	
Visiometria		Colesterol HDL	X	Frotis Faringeo		Sustancias Psicoactivas	
Optometria	X	Colesterol LDL	X	Coprológico		RX de Columna	
Espirometria		Triglicéridos	X	Serología		RX de Torax	
Electrocardiograma		Cuadro Hemático	X	Bun		Pruebas de equilibrio	

OTROS: Examen Dermatologico, Coordinación Motriz y Test de Framingham

CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO	X
CON RESTRICCION PARA EL CARGO	

RESTRICCION PARA TRABAJAR EN ALTURAS	SI	NO
RESTRICCION PARA MANIPULAR ALIMENTOS	SI	NO

RESTRICCION PARA ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO
APLAZADO	SI	NO

EXAMEN MEDICO DE INGRESO:	
X	Cumple requisitos necesarios para ocupar el cargo
	Presenta condicion médica que no disminuye su capacidad laboral
	Presenta enfermedad que requiere tratamiento antes de ingresar
	Presenta condición médica que no cumple con los requisitos

EXAMEN MEDICO PERIODICO O REINTEGRO	
	Satisfactorio
	Condición que requiere valoración por su EPS
	Evaluar puesto de Trabajo
	Posible condición médica generada por la labor, requiere ser valorado por EPS

EXAMEN MEDICO DE EGRESO	
	Satisfactorio
	Con condición de enfermedad o lesión que debe ser valorada en la entidad de Salud a que se encuentre afiliado (a)
	Se dan recomendaciones especificas sobre condiciones de salud

OBSERVACIONES: PROBABILIDAD DE PADECER ENFERMEDAD CORONARIA A 10 AÑOS < 1%. PATOLOGIA DERMATOLOGICA NEGATIVA.

RECOMENDACIONES: REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL. MANTENER UNA BUENA HIGIENE POSTURAL. REALIZAR UN MANEJO ADECUADO DE CARGAS Y POSTURAS. USO DE EPP ADECUADOS PARA LA LABOR.

MEDICAS		ESTILO DE VIDA		INCLUSION SVE		INCLUSION SVE	
Remisión a EPS		Dieta balanceada	X	Salud Visual		Riesgo Químico	
Control P y P por EPS		Ejercicio regular	X	Cuidado auditivo		Riesgo Biológico	
Se prescribe tratamiento		Valoración nutricional		Cardiovascular		Material Particulado	
Continuar tratamiento médico		Activ. Sano esparcimiento	X	Osteomuscular	X		
Toma de citología vaginal		Dejar habito de fumar		Rx Ionizante			
Toma de PSA		Reducir consumo de alcohol		Riesgo Psicosocial			

* Autorizo al (a la) doctora abajo mencionado (a) a realizar en mi el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(es) registrados en este documento. El doctor abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínicos ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgo del examen médico y/o paraclínicos ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de prueba. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará ODONTOMEDICINA SERVIR CRC LTDA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. Autorizo a ODONTOMEDICINA SERVIR CRC LTDA para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento de Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. Certifico que la información suministrada es completa y verídica, que no he omitido ninguna información sobre mi estado de Salud y que comprendí las explicaciones y recomendaciones del médico*

NOMBRE DEL MÉDICO-FIRMA-REGISTRO Y LICENCIA S.O	FIRMA DEL TRABAJADOR E IDENTIFICACIÓN
Jorge Luis Gomez Echeverria MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Resolución 81-1217 UNLSA	1119784907

	Gobernación de Arauca Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca NIT 900.034.608 – 9 DIRECCIÓN	
	RESOLUCIÓN No.81- 1279 Del 05 Octubre de 2018	Página 1 de 2

"Por la cual se expide Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012, el Decreto 333 de 2005 y la Resolución N° 1009 de 2013, y

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social delegó en las Direcciones Seccionales o Locales de Salud, la función de expedir y renovar las Licencias en salud ocupacional en el Trabajo a las personas naturales o jurídicas que oferten servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo a nivel nacional.

Que el artículo 13 de la resolución 4502 de 2012, señala que partir de la entrada en vigencia de la ésta, y salvo el caso previsto en el inciso 3o del artículo 12, le corresponderá a las Secretarías Seccionales o Distritales de Salud, garantizar la doble instancia, resolviendo los recursos de reposición y apelación que el interesado presente contra el acto administrativo que niegue el reconocimiento o renovación de la licencia de salud ocupacional.

Que la empresa **ODONTO-MEDICINA SERVIR CRC LTDA** identificado con NIT **900131834-2** / Representante legal **JORGE LUIS GOMEZ ECHAVARRIA** con cedula de ciudadanía Número **8.791.211** de Galapa, ha solicitado Expedición de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, presentando como soporte fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal, certificado de existencia y representación legal, de la cámara de comercio de Arauca y solicitud ante la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, previo concepto Técnico de la visita al establecimiento.

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo del Artículo dos (2) de la Resolución No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012 del Ministerio de Salud el cual reza: Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo del Artículo dos (2) de la Resolución No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012 del Ministerio de Salud el cual reza: "*El otargamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, estará sujeto al cumplimiento de los siguientes requisitos*":

Personas Jurídicas:

1. Relación de las personas vinculadas a la persona jurídica pública o privada que cuenten con licencia vigente en salud ocupacional, ya sean profesionales con posgrado, profesionales, tecnólogos o técnicos profesionales, todos ellos con títulos en un área de salud ocupacional, obtenidos en una institución de educación formal superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional.

2. Relación de los equipos e instalaciones destinadas a garantizar la prestación de servicios en las áreas de seguridad y salud en el trabajo, indicando sus características, laboratorios, materiales y demás elementos que se utilizarán para la prestación de los servicios de salud ocupacional.

3. Los equipos destinados a la prestación de servicios en las áreas de seguridad y salud en el trabajo, deben estar calibrados de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, pudiendo ser propios, arrendados u obtenidos mediante contrato de uso, pero siempre debiendo acreditar su disponibilidad para la prestación de los mencionados servicios.

4. Certificado de existencia y/o representación legal de la persona jurídica pública o privada que solicita la licencia, en el que se señalen las características básicas de los servicios que pretende ofertar.

Que el referente de la dimensión salud y ámbito laboral del departamento de Arauca dio concepto favorable para la expedición de la Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que corresponde a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, la función de expedir la Licencia en Salud Ocupacional en el Departamento de Arauca.

Que en mérito de lo expuesto la subdirectora de la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar Licencia para la Prestación de Servicios en Salud Ocupacional, a la empresa **ODONTO-MEDICINA SERVIR CRC LTDA** Identificado con NIT **900131834-2** / Representante legal **JORGE LUIS GOMEZ ECHAVARRIA** con cedula de ciudadanía Número **8.791.211** de Galapa

ARTICULO SEGUNDO: La prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo de conformidad con la Resolución No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012 será en las siguientes áreas:

PARA PRESTAR SERVICIOS A TERCEROS EN LAS ÁREAS DE:

- INVESTIGACION EN ÁREA TECNICA
- INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO
- ESPIROTRIA
- MEDICINA LABORAL
- VISIOMETRIA
- AUDIOMETRIA
- PSICOLOGIA LABORAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- DISEÑO-ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO)

ARTICULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución, y podrá ser renovada por un plazo igual o según lo determine el Ministerio de la Protección Social, mediante solicitud presentada con sesenta (60) días de antelación a su vencimiento.

ARTICULO CUARTO: La presente Licencia es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTÍCULO QUINTO: Cuando la persona natural o Jurídica modifique alguna de las condiciones presentadas en el momento de obtener la licencia, deberá informar en el término de un mes, ante la Subdirección de Habilitación Inspección Vigilancia y Control sobre los cambios o modificaciones realizadas, para hacer los ajustes necesarios. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO SEXTO: El interesado deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia contenida en la Resolución Ministerial No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012.

ARTICULO SEPTIMO: Notificar personalmente a **ODONTO-MEDICINA SERVIR CRC LTDA** Identificado con NIT **900131834-2** e informarla que contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, éste último ante el Ministerio de la Protección Social, de los cuales podrá hacer uso, dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

ARTICULO OCTAVO: Esta Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Arauca el 05 de Octubre del 2018

LEONARDO FABIO FORERO GALVIS
Director.

Proyectó: Adrian Peroza Lozano / Profesional Especializado Salud Y ámbito Laboral
Revisó: Oficina Asesora Jurídica

Arauca -Arauca _____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a)
_____
CC. #:_____
Res # _____fecha:_____
Firma _____

- Optometría
- Hemoclasificación
- Vacunas
Hepatitis B.

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	oscar orlando
Apellidos:	Gonzalez Borrero
Documento de identidad:	CC TI Pasaporte No. 1119184907
Fecha de Nacimiento:	Día 11 Mes 12 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-01-19	2215020168	Leidys
	2	cita 11 - Febrero - 2019		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Unica	11-01-19	N3N27	Leidys
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Scanned by CamScanner

HOSPITAL DEL SARARE

EXAMEN DE OPTOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha: 15/01/19 Documento 1.119.104.909
Nombre y Apellidos: Cesar Ortodoncista Bueno Edad 23 años
Empresa Parques Bucaramanga Cargo Operario

Examen para: Ingreso ✓ Egreso ____ Periódico X
Usa lentes Si ____ No ✓
Tiempo transcurrido desde el último cambio de lentes: ____

AGUDEZA VISUAL
Lejos OD 20/20 Cerca OD 0.84
OI 20/20 OI 0.84

ANTECEDENTES OCULARES
No Refiere

EXPOSICION A RIESGOS OCULARES EN LA EMPRESA ACTUAL O ANTERIOR
Radiacion (soldaduras, hornos) ____ Mecanico (Proy de particulas) ____ Luminico ✓
Usa Proteccion Si ____ No ✓

SIGNOS Y SINTOMAS (marque con una X) No Refiere

Cefalea	____	Vision Doble	____	Ardor Ocular	____
Fotofobia	____	Lagrimeo	____	Salto de renglon	____
Mala vision de lejos	____			Mala vision de cerca	____

EXAMEN EXTERNO

Pup Reg	✓	Irregulares	____	Estrabismo	____
Conj Norm	✓	Ictericia	____	Congestion	____
Ulcera	____	Corn Norm	✓	Arco Senil	____
Catarata	____	Pterigio	____		

FONDO DE OJO

Ret Norm	✓	Hemorragia	____	Cruces Art Ven	
Edema pap	____	Exudados	____	Edema Papilar	
campo visual	Derecho	N		Izquierdo	N
percep colores	Derecho	N		Izquierdo	____
esteriopsis	Derecha	____		Izquierdo	____

DIAGNOSTICO (1) Emetropes

APTO PARA CONDUCIR SI ____ NO ____
ES APTO PARA TRABAJAR EN LA EMPRESA SI Gafas Formuladas
OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES Uso de Gafas Formuladas

FIRMA OPTOMETRA

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Oscar Orlando

Apellidos: Conde Bonilla

Documento de identidad: C.C. [x] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 1119161907

Fecha de Nacimiento: Día 11 Mes 2 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11/01/19	22150206B	Leidy
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	31/12/2018	UVX06224	Martha
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	11/01/19	N3N291V	Unica Leidy
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

HOSPITAL SAN FRANCISCO
VACUNACION

LABORATORIO BIO
CLINICO CENTINELA ZAM
NIT: 45448975-3
Dir Calle 7 N° 14-57

APELLIDO: GONZALEZ CERPA
NOMBRE: CESAR ORLANDO
EDAD: 23 AÑOS
FECHA: 15-01-2019

DETERMINACION DE GRUPO SANGUINEO

GRUPO: "O "

FACTOR RH : POSITIVO



BACTERIOLOGO

PROTECCION INTEGRAL IPS SAS
Nit. 900668559 - 7
Dirección: CALLE 15 # 22 - 34 - BARRIO EL CIELO
Tel: 311 810 3223 - 037 888 6566

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **08/01/2020 09:10:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO**

Cargo **TECNICO** Doc. Identidad **CC 1119184907**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS DERMATOLOGICO, TEST DE FRAMING, COORDINACIÓN MOTRIZ	2 PERFIL LIPIDICO	3 GLICEMIA
4	5	6
7	8	9

CONCEPTO

Elegible para el cargo SIN recomendaciones laborales

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ASPIRANTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, QUIEN PRESENTA CONDICION ELEGIBLE PARA EL CARGO.,DEBE ADOPTAR BUENAS PRACTICAS DE HIGIENE POSTURAL, MANTENER POSTURAS ERGONOMICAS EN REGION DEL TRONCO Y EXTREMIDADES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON REGULARIDAD.,SE SUGIERE DAR USO APROPIADO A PRENDAS DE VESTIR CON MANGA LARGA, USAR CREMA Y LENTES DE PROTECCION CONTRA RADIACION SOLAR ULTRAVIOLETA.

RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA RESTRICCION

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

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

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

OSCAR HUMBERTO RANGEL RINCON
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 9738293 RM: 81110/2009

Trabajador: CESAR ORLANDO GONZALEZ
CC: 1119184907
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Tame – Arauca 24 ENE 2020

Doctor:

FABIO VILLAMIZAR DURAN

Director Territorial Andes Nororientales

Parques Nacionales Naturales de Colombia

Bucaramanga

Cordial saludo,

Con la presente yo CESAR ORLANDO GONZALEZ BORRERO identificado con C.C 1119184907 de Fortul – Arauca; manifiesto expresamente que conozco y acepto las condiciones, obligaciones, actividades y productos determinadas en el estudio previo determinado y que me comprometo a cumplir todas y cada una de ellas para ejecución en la totalidad del contrato.

Atentamente;



Cesar Orlando González Borrero
C.C 1119184907 DE Fortul – Arauca

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Cesar Orlando González Borrero Identificado(a) con CC [■] CE [ ] No. 1119184907 expedida en Fortul - Arauca, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en las disposiciones contenidas en la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 de 2011 y en las demás disposiciones constitucionales y legales vigentes sobre la materia, que me impidan celebrar el Contrato de Prestación de Servicios con Parques Nacionales Naturales de Colombia, cuyo objeto es:
Prestación de Servicios técnicos y de apoyo a la Gestión, para la ejecución de actividades enmarcadas en las metas del plan de acción anual 2020 del área protegida asociadas a la estrategia de Sistemas Sostenibles para la conservación conforme a los lineamientos institucionales y definidos por el parque Nacional Natural el Cocuy.

Igualmente declaro que todos los documentos presentados para la celebración del contrato son auténticos tanto material como ideológicamente.

En Tame - Arauca a los _____ días del mes de _____ 2020. 24 ENE 2020

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Cesar Orlando González Borrero

IDENTIFICACIÓN: 1119184907

FIRMA DEL CONTRATISTA: _____

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

SOLICITUD DE VINCULACIÓN A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

Yo Cesar Orlando González Borrero identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1119184907 de Fortul – Arauca manifiesto que he sido informado (a) que de acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 **estoy obligado** a afiliarme a la **Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL)** de **Parques Nacionales Naturales de Colombia,** y que al afiliarme tengo derecho a percibir todas las prestaciones por accidente de trabajo o enfermedad profesional, de conformidad con lo señalado en el artículo 5 del **Decreto - Ley 1295 de 1994**, entre las cuales se encuentran las siguientes:

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

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

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

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

Número de cedula,	1119184907
Nombres y apellidos.	Cesar Orlando González Borrero
Fecha de nacimiento	11 de diciembre de 1995
Dirección	Calle 26 #10-45 barrio Brisas del llano Fortul - Arauca
Teléfono	3113915121
Ciudad de residencia	Fortul – Arauca
Correo electrónico	Cgonzalez68@unisalle.edu.co
Fecha de inicio y terminación del contrato.	
Entidad promotora de salud (EPS).	Comparta
Fondo de pensiones (AFP)	Colpensiones

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

Valor total del contrato.	
Valor mensual del contrato.	
Ingreso base de cotización (IBC).	
Lugar de ejecución del contrato	
Unidad de decisión a la que pertenece (PNN, Direccion Territorial, Principal o Subsede)	
Tipo de Sangre y Factor RH	0 positivo
Información de persona de contacto en caso de emergencia	Nombre: Leonel González Cáceres Teléfono celular: 3112160628 Teléfono fijo: Indicativo ( ) Dirección: Vereda Muriba Parentesco: Padre

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

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

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

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

Firma _____ Fecha 24 ENE 2020

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

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

Tame – Arauca 24 ENE 2020

Señores
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA
Ciudad

Cordial Saludo.

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

Cesar Orlando González Borrero, mayor de edad y residente de la ciudad de Fortul - Arauca, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1119184907 expedida en la ciudad de Fortul – Arauca , actuando: (marcar con "x") en nombre propio [x] o como persona debidamente autorizada por el interesado [ ] o como apoderado judicial [ ] o en calidad de representante legal de la empresa [ ] _____ identificada con NIT_____, con domicilio en _____, **AUTORIZO** a **PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA**, para que los documentos y actuaciones derivadas del Contrato descrito anteriormente me sean notificados electrónicamente, de acuerdo con lo previsto en los artículos 53[1], 56[2] y numeral 1° del artículo 67[3] de la Ley 1437 de 2011, el artículo 3º de la Ley 1150 de 2007[4] y los artículos 20 y 21 de la ley 527 de 1999[5], al siguiente correo electrónico: **cgonzalez68@unisalle.edu.co**

---

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

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

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

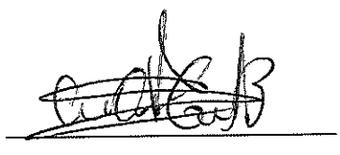
1. Por medio electrónico. Procederá siempre y cuando el interesado acepte ser notificado de esta manera".

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

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

Para el efecto declaro que conozco y acepto los términos, condiciones e instrucciones que se establecen sobre la notificación por medios electrónicos

Cordialmente,

Firma: 

Nombre: **Cesar Orlando González Borrero**

C.C. **1119184907**

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

Empresa: _____