

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 32.743.598
OSORIO GARIZABAL

APELLIDOS
MIRIAM

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1970
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

29-SEP-1988 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0300100-00385989-F-0032743598-20120704 0030425873A 1 3281916638

Scanned by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

SENA

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Osorio	Garizabal	Miriam

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No. 32.743.598

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ *PAÍS* Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 25 MES 05 AÑO 1970

PAÍS Colombia

DEPTO Atlántico

MUNICIPIO Barranquilla

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 47 No 27-62

PAÍS Colombia DEPTO Atlántico

MUNICIPIO Barranquilla

TELÉFONO 3460975/3106266165 EMAIL mosorio89@misena.edu.co

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:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 05 AÑO 1989
										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*
TL	4	x		Tecnólogo en Formulación de Proyecto	07	2013	Reg 28899366
UN	8	X		Fisioterapeuta	01	1995	Reg 08000622

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
Ingles	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*
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Atlántico	Barranquilla	www.sena.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3752244 – 3344863	DÍA 05 MES 02 AÑO 2019	DÍA 18 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Instructora	Gestión	Calle 30 No 3E – 164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	x		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Atlántico	Barranquilla	www.sena.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3752244 – 3344863	DÍA 29 MES 01 AÑO 2018	DÍA 15 MES 12 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Instructora	Gestión	Calle 30 No 3E – 164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	x		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Atlántico	Barranquilla	www.sena.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3752244 – 3344863	DÍA 30 MES 01 AÑO 2017	DÍA 15 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Instructora	Gestión	Calle 30 No 3E – 164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD.	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	x		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Atlántico	Barranquilla	www.sena.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3752244 – 3344863	DÍA 25 MES 01 AÑO 2016	DÍA 10 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Instructora	Gestión	Calle 30 No 3E – 164

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)

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
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	Barranquilla	www.sena.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3752244 – 3344863	DÍA 19 MES 01 AÑO 2015	DÍA 09 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Instructora	Gestión	Calle 30 No 3E – 164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	Barranquilla	www.sena.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3752244 – 3344863	DÍA 20 MES 01 AÑO 2014	DÍA 09 MES 05 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Instructora	Gestión	Calle 30 No 3E – 164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	Barranquilla	www.sena.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3752244 – 3344863	DÍA MES 10 AÑO 2013	DÍA MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Instructora	Gestión	Calle 30 No 3E – 164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria San Martín		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	Puerto Colombia	www.sanmartinbaq.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3598858-3599511-3599576	DÍA MES 02 AÑO 2013	DÍA MES 11 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Docente Catedrática	Facultad Odontología	Cra 51B antigua Vía Puerto

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)

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
Fundación Universitaria San Martín		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	Puerto Colombia	www.sanmartinbaq.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3598858-3599511-3599576	DÍA [ ] MES [0 2] AÑO [2 0 1 2]	DÍA [ ] MES [1 1] AÑO [2 0 1 2]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Docente Catedrática	Facultad Odontología	Cra 51B antigua Vía Puerto

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria San Martín		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	Puerto Colombia	www.sanmartinbaq.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3598858-3599511-3599576	DÍA [ ] MES [0 2] AÑO [2 0 1 1]	DÍA [ ] MES [0 5] AÑO [2 0 1 1]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Docente Catedrática	Facultad Odontología	Cra 51B antigua Vía Puerto

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Fundación Universitaria San Martín		x	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlántico	Puerto Colombia	www.sanmartinbaq.edu.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3598858-3599511-3599576	DÍA [ ] MES [0 2] AÑO [2 0 1 0]	DÍA [ ] MES [1 1] AÑO [2 0 1 0]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Docente Catedrática	Facultad Odontología	Cra 51B antigua Vía Puerto

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]	DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

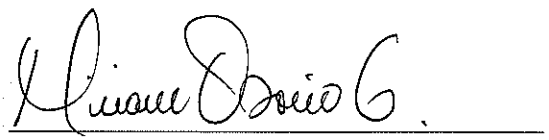
INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	13

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).



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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

El servicio público es de todos | Función Pública

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, MIRIAM OSORIO GARIZABAL

IDENTIFICADO CON: C.C. [✓] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [✓] 3 N° 32.743.598 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLANTICO	BARRANQUILLA

Dirección	Teléfonos
CALLE 47 No 27 -62	3106266165

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NIDIA FANNY GARIZABAL DE OSORIO	22.340.603	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** ✓ **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **ONSIGNADOS 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	27.209.585
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 27.209.585

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS		SAN NICOLÁS	$ 20.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE CASA	CALLE 47 No 27 - 62	$ 107.919.000
CARRO		$ 10.000.000

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
FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	$ 1.000.000

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** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BARRANQUILLA, 21 DE ENERO 2020
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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 14517042400

(415)7707212489984(8020) 000001451704240 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3274359 8	7	Impuestos de Barranquilla 12	

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 13	32743598	19890929

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:		30. Ciudad/Municipio:	
COLOMBIA	169	Atlántico	08	Barranquilla	001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSORIO	GARIZABAL	MIRIAM	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:		40. Ciudad/Municipio:	
COLOMBIA 169	Atlántico	08	Barranquilla	001

41. Dirección principal: CLLE 47 27 62

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
miriam_s24hl@hotmail.com		3460975	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8692	20130918					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	0

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 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberé 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

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MIRIAM OSORIO GARIZABAL** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **32743598** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32743598
NOMBRES Y APELLIDOS	MIRIAM OSORIO GARIZABAL
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/09/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	13
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	13

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **21/01/2020**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MIRIAM OSORIO GARIZABAL identificado(a) con C.C No. 32.743.598, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de enero del 2020.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32743598
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MIRIAM OSORIO GARIZABAL OSORIO GARIZABAL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CL 47 27 62	TELÉFONO:	3460975
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4309726063**				TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2019/12/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9997753196

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 188.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 188.500	$ 0	$ 188.500
SUBTOTALES:										**$ 188.500**	**$ 0**	**$ 188.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 147.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 147.200	$ 0	$ 0	$ 147.200
SUBTOTALES:													**$ 147.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 147.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.200	$ 6.200	$ 0	$ 0	$ 6.200
SUBTOTALES:									**$ 6.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA		ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP					DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 32743598	OSORIO GARIZABAL MIRIAM	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.177.540			NO																			231001-COLFONDOS	30	$ 1.177.540	$ 188.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 188.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.177.540	$ 147.200	$ 0	$ 147.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.177.540	32743598	$ 6.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 341.900**

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar **acompañándolo en el desarrollo de sus metas.**

Barranquilla, 21 de Enero de 2020

CERTIFICACIÓN

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. *se permite informar que* ***MIRIAM OSORIO GARIZABAL*** *Identificado(a) con CC /NIT No* ***32.743.598*** *a la fechà de expedición de ésta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:*

Nombre Producto	***No Producto***	***Fecha Apertura***	***Estado***
CUENTA DE AHORRO	*486-839896-76*	*2012/06/02*	*Activa*

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA. Esta cuenta actualmente no presenta ningún embargo.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 3851029 de Barranquilla.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Barranquilla - Of. 477 Grancentro
Asesor de servicios Nº 160
Cédula Nº

María Cristina Restrepo Zanabria
Asesor
Oficina Gran Centro

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

LABORATORIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

N° de distintivo de habilitación para la prestación de servicios: DHS726629

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	Tipo documento	Numero documento	Edad	Genero	Fecha de examen	Tipo de examen
MIRIAM OSORIO GARIZABAL	Cedula	32743598	48	femenino	Viernes 19 de Julio de 2019	Ingreso



DATOS DE LA EMPRESA

Nombre Empresa	Ciudad	Actividad Economica	Cargo a desempeñar
SENA	BARRANQUILLA	Educacion	Instructor de entrenamiento deportivo

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN:

Osteomuscular	Cardiovascular	Pulmonar	Manipulacion Alimentos	Otros:

EXAMENES REALIZADOS:

Colesterol	Glicemia	Triglicéridos	Grupo RH	Frotis de uña	Hemograma	Coprologico	Frotis Faringeo	Electrocardiograma	Tamizaje Visual	Audiometria	Visiometria	Optometria	Psicologico	Espirometria
X	X	X			X					X	X		X	X

Rayos X					Otros examenes realizados
Columna	Torax	Abdomen	Miembros Superiores	Miembros inferiores	

Observaciones:

INFORMACION SUMINISTRADA POR LA EMPRESA SOBRE EXPOSICION A RIESGOS LABORALES: SI

Ergonomico:	Fisico:	Quimico:	Biologico:	Psicosocial:	Electrico:	Mecanico:	Otro:
Si	Si			Si		Si	

APTITUD OCUPACIONAL Ingreso

EL EXAMEN FISICO NO PRESENTA ALTERACIONES NI PATOLOGÍAS:	
EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL:	X
EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO:	
EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE DEBEN SER TRATADAS POR EPS, ARL:	
EL EXAMEN FISICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE DEBEN SER TRATADAS POR EPS, ARL, ANTES DE INGRESAR:	
EL EXAMEN MEDICO PRESENTA ALTERACIONES DE SALUD INCOMPATIBLES CON EL CARGO ASIGNADO:	

Especialidad:	ARL:	EPS:
	Positiva	Coomeva

Recomendaciones

Trabajador:

1- Cuidar su salud y proteccion, cumpliendo con las acciones del SGSST. 2-Hacer Pausas Activas Periódicas. 3-Usar los elementos protección personal adecuados. 4-Dieta balanceada, estilo de vida saludable y manejo del estrés, 5- Consultar su EPS para examen de mamas y región inguinal.

Empresa:

1-Realizar los examenes medicos ocupacionales anual o segun la normatividad vigente, segun el caso. 2-Seguimiento y control del Sistema de Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo. 3-Realizar pausas activas en sus trabajadores. 4-Se recomienda entrenamiento para trabajos seguro en alturas y verificar competencias y habilidades para desempeñar trabajos en alturas. 5-Seguir recomendaciones

INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

Visual:	Auditivo:	Cardiovascular:	Respiratorio:	Piel:	Psicologico:	Osteomuscular:	Otro:

Restricciones

Trabajador:

No

Empresa:

No

CONCEPTO FINAL DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO SOLO A NIVEL:	Si
APTO PARA EL CARGO ASIGNADO A NIVEL Y ALTURAS:	
APLAZADO:	No

Firma, Licencia: 03246, Doctor: Luis Fernando Manotas Restrepo

Nombre o Firma del Trabajador

La presente certificación se expide con base en la información manifestada por el trabajador, por la empresa, por el resultado del examen físico médico ocupacional y los resultados de los exámenes paraclínicos realizados, si aplican, dicho certificado tiene carácter confidencial, y es valido solo para el Sena, según la normatividad vigente.

Scanned by CamScanner

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Cra. 27 Calle 40 Esq.
Calle 45b #15-53
Cel.: 3005347949 – 3012705779
e-mail: gabrielantonio_1364@hotmail.com
Barranquilla - Colombia

FECHA:	**D:** 20	**M:**01	**A:**2020

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR		**473**
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETO: MIRIAN OSORIO GARIZABALO	**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 32743598	**EDAD:** 49 Años
CARGO: INSTRUCTORA	**EMPRESA:** SENA	**GÉNERO: M** __ **F** _ **x**

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] **EGRESO** [ ] **POST INCAPACIDAD** [ ] **PERIODICO** [ ] **OTROS** [ ]

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

	VALOR		**VALOR**		**VALOR**	**TALLA**	**PESO**
Espirometría	Normal	Frotis de garganta		Glicemia Basal	Normal	1.54	64
Audiometría	Normal	Cultivo faríngeo		Colesterol total	Normal	**IMC**	
Visiometría	Normal	Coprológico		Triglicéridos	Normal		
Osteomuscular	Normal	KOH de uñas		C. Hemático			
Electrocardiograma	Normal	E.psicometrico	Normal				

CONCEPTO MÉDICO LABORAL (EVALUACIÓN PSICO/FÍSICO)

EXAMEN MÉDICO INGRESO	**EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO**	**EXAMEN MÉDICO EGRESO**	**EXAMEN MÉDICO POST INCAPACIDAD**
_X_Sin restricciones al cargo	___Satisfactorios	____Satisfactorios	____Satisfactorios
__ Apto con recomendaciones	____Condición que requiere valoración por EPS		
____Aplazado por enfermedad que requiere tratamiento antes de entrar	____Debe reasignar funciones, reubicar, revaluar punto de trabajo	____Condición que requiere valoración por su EPS/ARL	___Debe seguir en tratamiento
____NO APTO por presentar condición médica que no cumple con requisitos del cargo	____Condición médica agravada por labor requiere ser valorado por EPS o ARL		

IDÓNEO PARA TRABAJAR EN ALTURA	SIX	NO	IDÓNEO CONDUCCIÓN VEHICULAR	SI	NO	IDÓNEO TRABAJO ESPACIO CONFINADO	SI	NO
IDÓNEO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI	NO	IDÓNEO MANIPULACIÓN DE CARGA			REQUIERE o SER REUBIDADO	SI	NO

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES	**SEGÚN IMC**	**MANEJOEPS/ARL**	**INCLUSIÓN (Sistema de Vigilancia Epidemiológica)**
X_ **Con**trol ocupacional periódico	_**X**_ _Dieta	___Remisión a EPS	___Salud visual
_**H**igiene postural Columna v.	_**X**_ _Ejercicio regular	___Remisión a ARL	___Cuidado auditivo
_**X**_ _Pausas Activas	__**X**_ Valoración Nutricional	___Continuar Tto Médico	___Cardiovascular
___Evaluación puesto de Trabajo	___Valoración EPS		___Cuidado Espalda
			___Osteomuscular
			___Pared Abdominal

Dr. Gabriel Carrillo Fontalvo
Lic s.o 02839-12

FIRMA DEL TRABAJADOR