20/02/2024

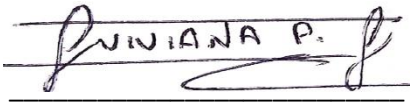
Respetado Gerente: Carlos Alberto Poveda Gómez

Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA PROMOCIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA MUEVETE POR TU BIENESTAR, Y EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FISICAY LA RECREACIÓN; DE IGUAL MANERA, PARA EL APOYO A EVENTOS DESARROLLADOS POR EL IMCRDZ

Propuesta económica por un valor mensual de: 2.274.186 y un total de: 11.370.930

Obligaciones específicas:) Conformar con las Personas que acceden a servicios recreativos y de actividad física como mínimo 5 grupos regulares para el desarrollo del entrenamiento funcional (intervenidos como mínimo una vez por semana cada grupo en sesiones de una hora con un mínimo de 20 personas cada uno) en el ámbito comunitario priorizando las personas entre 29– 59. 2) Conformar 1 grupo para el desarrollo del entrenamiento funcional no regular por lo menos una sesión mensual de una hora, con un mínimo de 30 personas, perteneciente al ámbito comunitario o de salud. 3). Registrar en un plazo máximo de 3 meses posteriores a la fecha de la firma del acta de inicio del contrato toda la información de los usuarios de los grupos regulares y no regulares que permita evidenciar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, en caso contrario se dará por finalizado el contrato de prestación de servicios de manera instantánea por incumplimiento.4) Organizar un evento masivo mensual donde se evidencie la articulación con otras instituciones y que busque la participación de todos los grupos poblacionales con un mínimo de 120 personas. 5) Elaborar y presentar la planeación correspondiente al siguiente mes de las actividades al supervisor del contrato en los formatos establecidos en el SGC.6) A la finalización de la ejecución del Contrato presentar al supervisor y/o coordinador del programa de actividad física informe General consolidando con evidencia lo realizado.7) Presentar de manera puntual ante el supervisor y coordinación del programa y cuando estos lo soliciten un informe de coberturas por cada grupo asignado según formato suministrado por estos en el cual se relacione la población atendida durante el respectivo periodo. 8) Abstenerce del uso del celular dentro de los horarios en los cuales se desarrollan clases, actividades y eventos del IMCRDZ. 9) Planificar, organizar, coordinar, evaluar y entregar informe detallado cuando el supervisor lo solicite de cada uno de las actividades, clase y/u eventos realizados bajo su dirección.10) Presentar al Instituto, a través del supervisor del presente contrato, a más tardar dentro de los TRES (3) días hábiles siguientes a la fecha de cada corte, el respectivo informe mensual de Actividades, junto con sus

respectivos soportes documentales.11) Realizar la medición de la satisfacción de los eventos realizados a nivel central y descentralizado, tabulando y presentando los resultados obtenidos en dicho evento. 12) Asignar espacios y horarios con antelación para el desarrollo de los eventos y/o actividades 13) Concertar reuniones con los formadores, Rectores y presidentes de Juntas de Acción Comunal para socializar los eventos y actividades deportivas y recreativas14) Mantener contacto directo con los Rectores, coordinadores y presidentes de JAC. Asignando programas, disciplinas y horarios, previamente concertados entre las partes; 15)Elaborar y hacer entrega de las actas de compromiso con cada una de las instituciones a las cuales se realiza el evento.....16) Presentar las solicitudes de apoyo a participaciones y/o eventos con una antelación de 20 días calendario, de acuerdo a los procedimientos establecidos por la entidad.17)De ser aprobada la participación por el IMCRDZ, el formador o entrenador deberá hacer entrega al supervisor del contrato los consentimientos informados, donde se evidencie la autorización de la participaciòn.18)Responder por la integridad, comportamiento y disciplina de los usuarios durante las salidas y/o participaciones, proyectando la buena imagen del municipio y de la Entidad. 19) Presentar el informe de los resultados obtenidos en salidas y/o participaciones al supervisor del contrato y al área de prensa, dentro del día hábil siguiente a la finalización de la misma

Firma: 

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
Pulido	Farias	Angi Viviana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. X C.E. ○ PAS ○ No. 1075683157	F X M ○	COL. X EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES 05 AÑO 1997

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: ZIPAQUIRÁ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: ZIPAQUIRÁ

TELÉFONO: 3144563112 EMAIL: vivipuli9997@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2014
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	2	X		TECNICO EN EJECUCION DE PROGRAMAS DEPORTIVOS	07	2016	
PREGRADO	4	X		TECNOLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO	07	2019	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTE Y RECREACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* ZIPAQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3106298104	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	20	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTORA RUMBA ,AEROBICOS	*DEPENDENCIA* AREA DOCENTE					*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FRAGOLA S.A.S.			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* ZIPAQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3107673473	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	23	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENTRENADOR PAUSAS ACTIVAS	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DEPORTIVO					*DIRECCIÓN*					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	11

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *27/02/2024*

Angi Viviana Pulido Farías

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.075.683.157**

PULIDO FARIAS

APELLIDOS

ANGI VIVIANA

NOMBRES

Angie Viviana Pulido Farías

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1997**

ZIPAQUIRA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

04-JUN-2015 ZIPAQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1534000-00731376-F-1075683157-20150808 **00457**12960A 2 42109511

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-07-14 19:42

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGI	VIVIANA	PULIDO	FARIAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1075683157

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	ZIPAQUIRÁ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	ZIPAQUIRÁ

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA, RECREACION Y DEPORTE DE ZIPAQUIRA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	ZIPAQUIRÁ

Dirección	["Calle 15 No. 18A-02 Zipaquirá"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$1.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$1.000.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$300.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$4.000.000,00
TOTAL	$6.300.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	$4.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [X] No [ ]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País
JAC BARRIO SAN MIGUEL	JUNTA DIRECTIVA	COORDINADORA DE DEPORTES	COLOMBIA

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 240888486

PIB
19:57:26

Bogotá DC, 06 de febrero del 2024

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) ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1075683157:

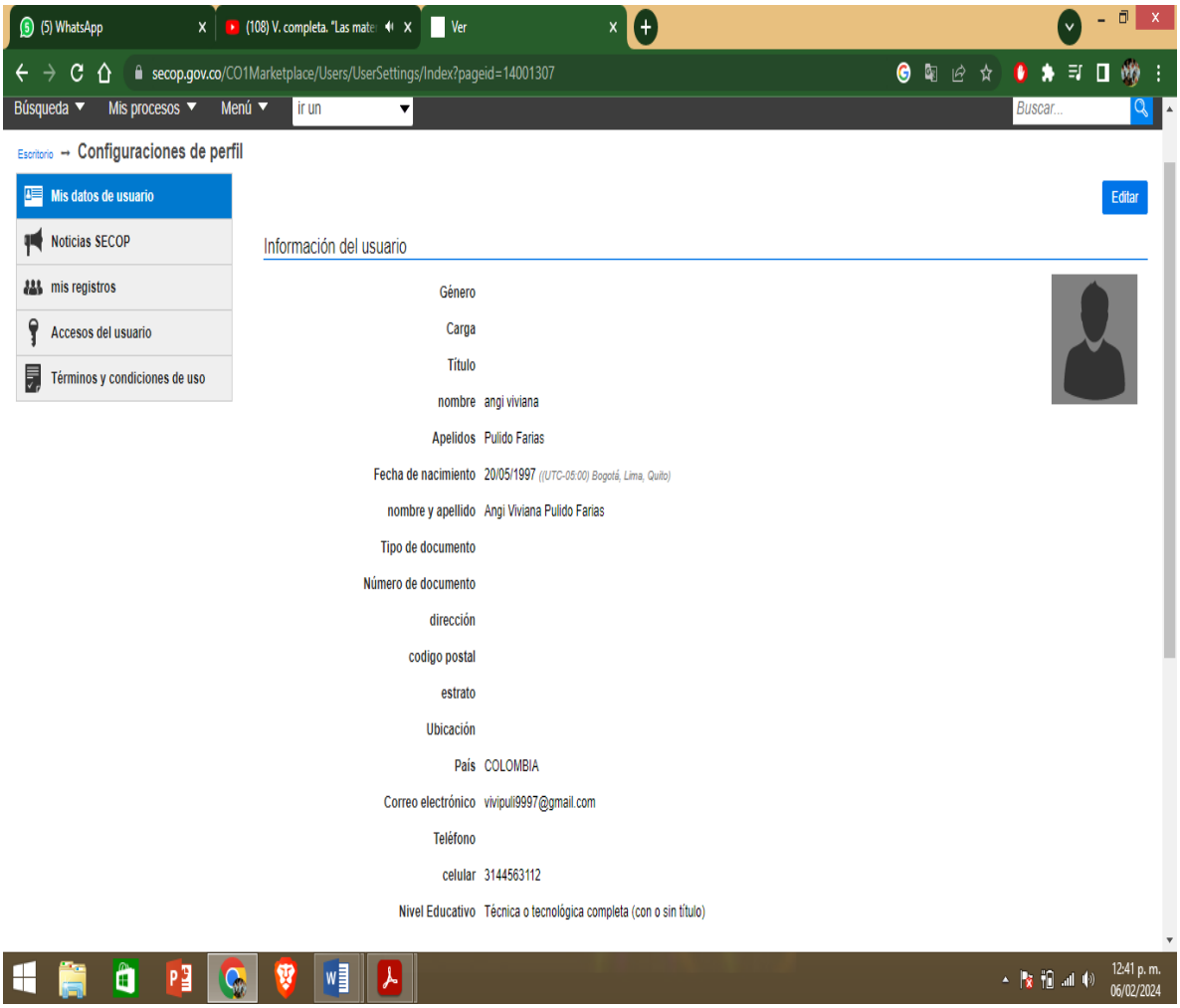
NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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


(5) WhatsApp
(108) V. completa. "Las mate
Ver
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307
Búsqueda
Mis procesos
Menú
ir un
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Editar
Información del usuario
Género
Carga
Título
nombre angi viviana
Apelidos Pulido Farias
Fecha de nacimiento 20/05/1997 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
nombre y apellido Angi Viviana Pulido Farias
Tipo de documento
Número de documento
dirección
codigo postal
estrato
Ubicación
País COLOMBIA
Correo electrónico vivipuli9997@gmail.com
Teléfono
celular 3144563112
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
12:41 p. m.
06/02/2024

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 martes 06 de febrero de 2024, a las 20:05:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1075683157
Código de Verificación	1075683157240206200527

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:14:44 PM horas del 06/02/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1075683157**

Apellidos y Nombres: **PULIDO FARIAS ANGI VIVIANA**

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.

Volver al Inicio

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, 06/02/2024 08:29:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1075683157 .**

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. **84431159** . 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

Simple

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-02-09, 12:19:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810333937

Fecha límite de pago: 2024-03-14

GUARDADA 09/02/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS				
Documento	CC1075683157	**Dirección**	CL 2A #2 A - 71		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ZIPAQUIRA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1075683157	PULIDO FARIAS ANGI VIVIANA	57	00	X															0	30	30	30	0	COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 162.500	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.300.000	$ 13.600	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 13.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.100	$ 0	$ 384.100

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888103393700000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810333937(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS identificado(a) con CC 1075683157 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/07/2019

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **CLINICA CHIA S.A. SEDE DE SERVICIOS AMBULATORIOS - ZIPAQUIRA 1**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes 2 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



FONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

Ella) Señor(a) ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS, identificado(a) con C.C 1.075.683.157, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.149.496-6 y al Fondo Cesantías NIT 800 198.644-5

Se expide la presente certificación a la fecha 20 de febrero de 2024.

El presente certificado emitido 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 transicional www.colfondos.com.co opción POR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 80 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García

Gerente Cuentas y Recaudo

Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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 17:30:51 horas del 20/02/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1075683157,** Apellidos y Nombres **PULIDO FARIAS ANGI VIVIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **1075683157**, con NIT **107568315-7** 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

© 2024

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

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

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 1075683157 **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 06/02/2024 09:11 PM

Código Verificación: **DET89QFZ4K**

Válida hasta: **07/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL

ALFONSO LÓPEZ PUMAREJO

Carrera 6 No. 3-27 Sur – Teléfono: 854 4439 Telefax: 854 4183

Nemocón - Cundinamarca

Jornada Mañana

125486000187	900015862-2	089001
CÓDIGO DANE	NIT	ICFES DIURNO

En el Municipio de Nemocón - Cundinamarca, a los 05 días del mes de Diciembre del año 2014 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria Académica, en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL ALFONSO LÓPEZ PUMAREJO, Institución de naturaleza pública, carácter mixto calendario "A", Aprobada en los niveles de Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Educación Media Académica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica según Resolucion N° 000608 del 29 de Junio del año 2001, Resolución de Integración No. 004459 del 28 de Diciembre de 2004/000708 del 23 de Febrero de 2005.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a los Niveles de Educación Básica Secundaria y Media Académica, se procedio a otorgar el

TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

Angi Viviana Pulido Farias

Identificado (a) con T.I. N° 970520-19811 de Cogua

Es fiel copia tomada del Acta Original General N°51 . Folio N°69 de fecha 05 de Diciembre del año 2014 , que consta de 93 estudiantes, que comienza con el nombre de ACERO MARTINEZ YESICA JOHANA y termina con el nombre de VEGA GUERRERO YENNY KATHERINE.

Firmada por

MARTHA LILIA ALFARO CUBILLOS — Rectora y

TERESA SANCHEZ CAICEDO — Secretaria Académica

Dada en Nemocón - Cundinamarca, a los 05 días del mes de Diciembre del año 2014

Rectora

Secretaria Académica

Martha Lilia Alfaro Cubillos
C.C. N° 35.465.531 de Zipaquirá

Teresa Sánchez Caicedo
C.C. N° 20.758.573 de Nemocón

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 35527730 - 30/08/2018

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS, Con Cedula de Ciudadania No. 1075683157

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO EN EJECUCION DE EVENTOS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Zipaquirá, a los treinta (30) días del mes de agosto de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
Subdirector (E) CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513001133845CC1075683157A.

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 69480224 - 26/08/2022

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS. Con Cedula de Ciudadania No. 1075683157

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN ENTRENAMIENTO DEPORTIVO

En constancia de lo anterior se firma la presente en Chia. a los veintiseis (26) dias del mes de agosto de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por



LEONORA BARRAGAN BEDOYA
Subdirector CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9513002141102CC1075683157A.

FITNESS

DIPLOMA

CERTIFICADO

Viviana Pulido

Se otorga diploma como testimonio de su compromiso, obtenido por: Angi Viviana Pulido Farías, gracias a su dedicacion, esfuerzo y compromiso frente a todo el trayecto de su carrera.

Andres Fernandez

TUTOR DE GRADO

CERTIFICADO DE ACADEMIA

FITNESS CLUB

GameOn
SEDE DEPORTIVA

Powered by CamScanner

EL GERENTE GENERAL

CERTFICA QUE:

Una vez verificado el archivo se pudo constatar que **ANGIE VIVIANA PÚLIDO FARIAS,** identificado con la cedula de ciudadanía No. 1075683157, en el año 2023 firmo contrato de prestación de servicios No.244 con el siguiente objeto contractual,

CONTRATO No.	244/2023
DURACION:	Ocho (8) meses y catorce (17) días.
VALOR	Dieciséis Millones Setecientos Cincuenta y Dos Mil Trescientos Noventa Pesos $16.752.390 m.cte
FECHA SUSCRIPCION	Julio diecinueve (19) de 2023
FECHA INICIO:	Julio diecinueve (07) de 2023
FECHA TERMINACION.	Noviembre veinte (20) de 2023

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA PROMOCIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA MUEVETE POR TU BIENESTAR, Y EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FISICA Y LA RECREACIÓN; DE IGUAL MANERA, PARA EL APOYO A EVENTOS DESARROLLADOS POR EL IMCRDZ

La presente se expide para soporte hoja de vida, a los Ocho (08) días del mes de febrero del año 2024.

Lic. CARLOS ALBERTO POVEDA GOMEZ
Gerente General

Elaboró: María C – Auxiliar Administrativo ( )
Revisó: Carlos Poveda – Gerente General ( )
Aprobó: Carlos Poveda- Gerente Genera ( )

FRAGOLA S.A.S
NIT 800.059.365-1

LA GERENCIA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

CERTIFICA QUE

La Sra. **ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS** con número de cédula **1.075.683.157** de **Zipaquirá,** laboró en esta empresa, desempeñando el cargo de **Auxiliar Deportiva** según detalle que se relaciona a continuación:

FECHA DE INGRESO	: 03 de agosto de 2022
FECHA DE RETIRO	: 23 de marzo de 2023
SALARIO	: $1.210.000
SUBSIDIO TRANSPORTE	: $140,606
EPS	: Nueva EPS
AFP	: Colfondos
CAJA DE COMPENSACIÓN	: Colsubsidio
HORARIO	: 6:00 a.m. a 2:30 p.m. lunes a sábado
CONTRATO	: Obra o Labor

Se expide a solicitud del interesado a los (24) días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente,

NOELBA VARGAS GONZALEZ
DIRECTOR TALENTO HUMANO.

FRAGOLA S.A.S.
NIT. 800.059.365-1

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14920282116

(415)7707212489984(8020) 000001492028211 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 7 5 6 8 3 1 5 7	1	Impuestos de Bogotá	3 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	1075683157	2015/06/04

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PULIDO	FARIAS	ANGI	VIVIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9

41. Dirección principal: CL 2A 2A 71

42. Correo electrónico: vivipuli9997@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 4 5 6 3 1 1 2	3 2 0 2 9 7 2 9 3 5

CLASIFICACIÓN

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	2023/06/14						

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023 - 06 - 14 / 15 : 45: 35

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:

C Ang Viviana Pulido Farias
1.075.683.157

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ CORTES NICOLAS
985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 14-06-2023 03:45:43PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Referencia Bancaria

Martes, 20 de febrero de 2024

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS identificado(a) con CC 1.075.683.157, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	33264082418	2024/02/20	ACTIVA

*** Importante** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia en los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

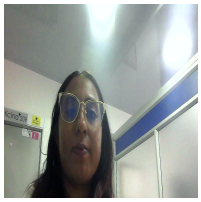
Powered by CamScanner

DR JUAN MANUEL FAJARDO GONZALEZ

NIT: 79858938-3

CONTACTOS
8826738 - 3118621610
fajardo_juan@hotmail.com
Calle 5 # 10 A - 15 Consultorio 211
Zipaquirá (Cundinamarca)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS			**GÉNERO:** Femenino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1075683157	**FECHA NACIMIENTO:** 20/05/1997	**EDAD:** 26 año(s) 1 mes(es) 14 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: INDEPENDIENTE			**TIPO EXAMEN:** Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: ENTRENADOR	**JORNADA TRABAJO:** Diurno		**FECHA:** 04/07/2023

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES							
							Ninguna
	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo		1.7. Control de peso y nutrición
	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES							
							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas		2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas		2.5. Uso de elementos de protección personal	X	2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL	X	2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES							
						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehiculos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO							
Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales							
X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)		Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado		Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos		Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas						

5. EXÁMENES REALIZADOS									
	Examen Físico		Rx Tórax		Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas
	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
	Optometría		Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Evaluación Neuropsicológica
	Visiometría		Parcial de Orina		Psicosensometrico		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO ANUAL.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Dr. Juan Manuel Fajardo G.
Médico Laboral - E.S.O.
L.S.O. 4187/19

JUAN MANUEL FAJARDO GONZALEZ
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 252040/2000
Licencia Salud Ocupacional: 4187-2019

PACIENTE:

ANGI VIVIANA PULIDO FARIAS



Naxvan Soft
www.naxvansoft.com