REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37 728 141**

TARAZONA LIZCANO

APELLIDOS

AMINTA

NOMBRES

Aminta Tarazona Lizcano

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUL-1979**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1 60	**O+**	**F**
ESTATURA	G S RH	SEXO

19 AGO 1997 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 2700100 01084360 F 0037728141 20190717 0066448930A 1 9909062626

Formulario del Registro Unico Tributario

001

2 Concepto 0 2 Actualizacion

4 Numero de formulario 14990754616

(415)7707212489984(8020) 000001499075461 6

5 Numero de Identificacion Tributaria (NIT)	6 DV	12 Direccion seccional	14 Buzon electrónico
3 7 7 2 8 1 4 1	0	Impuest s y Adua as d Buca an a g 4	

IDENTIFICACION

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Numero de Identificación	27 Fecha expedicion
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cedula de Ciudadania 1 3	3 7 7 2 8 1 4 1	1 9 9 7 0 8 1 9

Lugar de expedición / 28 Pais	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
TARAZONA	LIZCANO	AMINTA	

35 Razon social

36 Nombre comercial	37 Sig

UBICACIÓN

38 Pais	39 Departamento	40 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41 Direccion principal
CL 17 N 24 44 ESPERANZA II

42 Correo electronico lizcanotarazonaaminta@gmail com

43 Codigo postal	44 Telefono 1	45 Telefono 2
	3 1 4 2 8 6 2 2 2 0	

CLASIFICACION

Actividad economica				Ocupacion	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46 Codigo	47 Fecha inicio actividad	48 Codigo	49 Fecha inicio actividad	50 Codigo	1	2	51 Codigo	52 Numero establecimientos
8 1 3 0	2 0 2 3 0 3 0 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

Usuarios aduaneros										
54 Codigo	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 inscripcion en el Registro Unico Tributario RUT tendra vigencia indefinida y en consecuencia no se exigira su renovacion

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos SI [ ] NO [X] 60 No de Folios 0 61 Fecha 2024 03 13 / 11 03 26

La informacion suministrada a través del formulario oficial de inscripcion actualizacion suspension y cancelacion del Registro Unico Tributario (RUT) debera ser exacta y veraz en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantaran los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspension segun el caso Paragrafo del articulo 1 6 1 2 6 del Decreto 1625 del 2016 De igual manera al formalizar el tramite el usuario fue informado y acepta la politica de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984 Nombre TARAZONA LIZCANO AMINTA

985 Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generacion documento PDF 13-03 2024 11 04 38AM

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Tarazona	Lizcano	Aminta

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD	PAIS
C C ⊗ C E ○ PAS ○ No 37728141	F ⊗ M ○	COL ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NUMERO D M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 07 ANO 1979

PAIS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 17N 24 44

PAIS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

TELEFONO 3142862220 EMAIL lizcanotarazonaaminta@gmail com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BASICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA

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

ES (ESPECIALIZACION) **MG** (MAESTRIA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPANOL 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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD			*PUBLICA*		*PRIVADA*		*PAIS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*					
TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia		*Mes*		*Ano*		*Dia*		*Mes*		*Ano*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCION*					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PUBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Dia		*Mes*		*Ano*		*Dia*		*Mes*		*Ano*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE ANOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	ANOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	0

FORMATO UNICO

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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bucaramanga

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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

B/GA 6/05/24

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Funcion Publica

PUBLICACION PROACTIVA DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERES
(Ley 2013 de 2019 Ley 1437 de 2011 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaracion	INGRESO	Fecha de publicacion	2024 03 15 10 21

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
AMINTA		TARAZONA	LIZCANO

Documento de identificacion

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Numero	377281412

Lugar de nacimiento

Pais	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio

Pais	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Nombre de la entidad/organismo/institucion/persona juridica publica o privada que presten funcion publica o servicios publicos o que administren celebren contratos y ejecuten bienes o recursos publicos/Notarias/Curadurias/ u otra donde trabaje	AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

Lugar de sede

Pais	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Direccion	[avenida samanes No 9 280 Bucaramanga]
Cargo o funcion que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el articulo 2 de la Ley 2013 de 2019 Persona natural y juridica publica o privada que presten funcion publica que presten servicios publicos respecto de la informacion directamente relacionada con la prestacion del servicio publico

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1 1 DE INGRESOS BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el ultimo año gravable fueron

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demas ingresos laborales	$12 000 000 00
Cesantias e intereses de cesantias	$0 00
Gastos de representacion	$0 00
Arriendos	$0 00
Honorarios	$0 00
Otros ingresos y rentas	$0 00
TOTAL	$12 000 000 00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (Pais)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100 000 00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes

Tipo de bien	Pais	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son

Concepto	Saldo

1 2 PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participacion en juntas consejos o directivos Si [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institucion	Organo	Calidad de miembro	Pais

Tengo participacion en corporaciones sociedades y asociaciones Si [ ] No [X]

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

Nombre corporacion sociedad o asociacion	Tipo	Calidad de socio	Pais

1 3 DECLARACION DE LAS ACTIVIDADES ECONOMICAS DE CARACTER PRIVADO

Tengo actividades economicas privadas Si [ ] No [X]

Las actividades economicas de caracter privado adicionales a las declaradas anteriormente que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes

Detalle de las actividades	Forma participacion

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuacion procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la informacion que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interes asi como aquella relacionada con los intereses de mi conyuge o compañero(a) permanente parientes y socios de hecho o de derecho

2 1 INFORMACION DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo conyuge o compañero(a) permanente Si [ ] No [X]

Los intereses personales de mi conyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situacion de conflicto de interes frente a la labor o actividad que desempeño Si [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Numero [ ]

Descripcion del potencial conflicto de interes con su conyuge o compañero(a) permanente

[ ]

2 2 INFORMACION 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 situacion de conflicto de interes frente a la labor o actividad que desempeño Si [ ] No [X]

A continuacion presento la informacion de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interes 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 interes frente a la labor o actividad que desempeñan

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripcion del potencial conflicto de interes

2 3 INTERES DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actue como representante asesor presidente gerente director miembro de junta directiva o socio de gremio sindicato sociedad asociacion grupo social u organizacion con animo o sin animo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual

Si [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interes directo o actue como representante asesor presidente gerente director miembro de junta directiva o socio de gremio sindicato sociedad asociacion grupo social u organizacion con animo o sin animo de lucro (nacional o extranjera) y a continuacion describo como puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual

2 4 OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior Si [ ] 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	Pais

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior Si [ ] No [X]

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

Tipo de inversion	Valor	Pais

2 5 DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACION DE RENTA

Realice donaciones Si [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaracion de renta del ultimo año gravable son

Nombre entidad	Valor

2 6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERES

Tengo potenciales conflictos personales de interes Si [ ] No [X]

Los conflictos de interes 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 eleccion popular

Los potenciales conflictos personales de interes que tengo son

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policia Nacional de Colombia informa

Que [illegible] 37728141,
[illegible] TARAZONA LIZCANO AMINTA

NO REGISTRA INHABILIDAD

[illegible] AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA
890210581 8 [illegible]

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No 245974329

PIB
16 03 48
Hoja 1 de 01

Bogotá DC 26 de abril del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Informacion de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI) el(la) senor(a) AMINTA TARAZONA LIZCANO identificado(a) con Cédula de ciudadania numero 37728141

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeno ausencia de antecedentes se certificaran todas las anotaciones que figuren en el registro Anterior de acuerdo a los incisos 3o y 4o del articulo 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 perdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores ex servidores publicos y particulares que desempenen funciones publicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantia **Este documento tiene efectos para acceder al sector publico en los terminos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas En caso de nombramiento o suscripcion de contratos con el Estado es responsabilidad de la Entidad validar la información de antecedentes del aspirante en la pagina web https //www procuraduria gov co/Pages/certificado antecedentes aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe Division de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCION
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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA

Que una vez consultado el Sistema de Informacion del Boletin de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 26 de abril de 2024, a las 16 08 42, el numero de identificacion, relacionado a continuacion, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL

Tipo Documento	Cedula de Ciudadania
No Identificacion	37728141
Codigo de Verificacion	37728141240426160842

Esta Certificacion es valida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y numero consignados en el respectivo documento de identificacion, coincidan con los aqui registrados

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolucion 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecanica aqui plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Genero WEB

POLICIA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policia Nacional de Colombia informa

Que siendo las 04 09 32 PM horas del 26/04/2024, el ciudadano identificado con
Cedula de Ciudadania N° **37728141**
Apellidos y Nombres **TARAZONA LIZCANO AMINTA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el articulo 248 de la Constitucion Politica 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 extincion de la condena o la prescripcion de la pena

Esta consulta es valida siempre y cuando el numero de identificacion 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 acerquese a las instalaciones de la **Policia Nacional** mas cercanas

DIJIN

Direccion Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia Bogotá D C
Atencion administrativa Lunes a Viernes 8 00 am a 12 00 pm y 2 00 pm a 5 00 pm
Linea de atencion al ciudadano 5159700 ext 30552 (Bogota)
Resto del país 018000 910 112
E mail dijin araic atc@policia gov co

Policia 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, 26/04/2024 05 10 50 p m el ciudadano con Cedula de Ciudadania Nº **37728141**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Codigo Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana" Registro interno de validacion No **90893722** La persona interesada podra verificar la autenticidad del presente documento a traves de la pagina web institucional digitando https //www policia gov co, menu ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedicion del mismo Esta consulta es valida siempre y cuando el numero de cedula corresponda con el documento de identidad suministrado

Nueva Busqueda | Imprimir

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGIAS 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 numero de identificacion CC 37728141 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificacion es valida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y numero consignados en el respectivo documento de identificacion, coincidan con los aqui registrados

Se expide en Bogota el 26/04/2024 04 13 PM

Codigo Verificacion **3B5GEMZ8H7**

Valida hasta **25/07/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Proteccion

NIT 800 229 739

Hace constar que

El(la) Señor(a) **TARAZONA LIZCANO AMINTA** identificado(a) con **CC** numero **37 728 141** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCION desde el dia 05 de abril de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuacion de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 asi

1 El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

2 El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a peticion del interesado(a) el dia 15 de marzo de 2024

Cordialmente

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta informacion comuniquese con nosotros
Linea de servicio Proteccion Bogota **744 44 64** - Medellin y Cali **510 90 99**
Barranquilla **319 79 99** Cartagena **642 49 99** Nacional **01 8000 52 8000**
www proteccion com

Salud Total EPS S

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) TARAZONA LIZCANO AMINTA con documento de identidad C 37728141 a la fecha de expedicion de la presente comunicacion consta en nuestra base de datos del Regimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bucaramanga desde Enero 6 de 2023

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vinculo laboral su cobertura en salud le sera dada nuevamente por nosotros bajo el Regimen Contributivo

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continuen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total Cualquier informacion adicional con gusto sera atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad o puede comunicarse con nuestra linea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogota al telefono 4854555

Se expide el dia 25 de Abril del 2024 atendiendo la solicitud del interesado

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Cordialmente
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S S A

Elaboro Danny Orlando Suarez Mariscal Analista Integral de Servicio al Cliente/ Informador

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Informacion de afiliacion en la Base de Datos Unica de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Informacion Basica del Afiliado

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACION	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	37728141
NOMBRES	AMINTA
APELLIDOS	TARAZONA LIZCANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BUCARAMANGA

Datos de afiliacion

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
CTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S A - CM	SUBSIDIADO	01/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresion	04/25/2024 11 39 45	Estacion de origen	192 168 70 220

La informacion registrada en esta pagina es reflejo de lo reportado por las entidades del Regimen Subsidiado y el Regimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolucion 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Proteccion Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo tecnico los lineamientos y especificaciones tecnicas y operativas para el reporte y actualizacion de las bases de datos de afiliacion que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Respecto a las fechas de afiliacion contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliacion Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliacion para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Regimen Contributivo o en el Regimen Subsidiado en

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012319420	0|8|0|5|2|0|2|4

I DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1 tipo de tramite	2 Tipo afiliacion		3 Regimen
A Afiliacion ☐ B Reporte de Novedades ☒	B Colectiva ☐	A Individual Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario afiliado adicional ☐ B Institucional ☐ B De oficio ☐	A Contributivo ☒ B Subsidiado ☐
4 Tipo de afiliado	**5 Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 3
A Cotizante ☒ B Cabeza de familia ☐ C Beneficiario ☐	A Dependiente ☐ B Independiente ☒ C Pensionado ☐		

A AFILIACIÓN

II DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6 Apellidos y nombres			
TARAZONA Primer apellido	LIZCANO Segundo apellido	AMINTA Primer nombre	Segundo nombre
7 Tipo documento de identidad	**8 Numero del documento de Identidad**	**9 Sexo**	**10 Fecha de nacimiento**
CC	37728141	Femenino ☒ Masculino ☐	1|4|0|7|1|9|7|9

III DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11 Etnia	12 Discapacidad	13 Puntaje SISBEN	14 Grupo de poblacion especial
6	Tipo F M N T Condicion T P		

15 Administradora de riesgos Laborales ARL	16 Administradora de Pensiones	17 Ingreso base de cotizacion IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S A	PROTECCION	1 00000

18 Residencia

Direccion	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 17N 21 44		3142862220	LIZCANOTARAZONAAMINTA@GMAIL COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BUCARAMANGA	Urbana ☒ Rural ☐		SANTANDER

IV DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos basicos de identificacion del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19 Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20 Tipo documento de identidad	**21 Numero documento identidad**	**22 Sexo**	**23 Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos basicos de identificacion de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

	25 Tipo documento de identidad	26 Numero de identidad	27 Sexo		28 Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29 Parentesco	30 Etnia	31 Discapacidad Tipo F	N	M	Condicion T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32 Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33 Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						

Seleccion de la IPS Primaria

	34 Nombre de la Institución Prestadora de Salud IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	CNTRO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD CISS ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CE	CENTROCISS ALIANZACAB
B		
B		
B		

V DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35 Nombre o razón social	36 Tipo de identificación	37 Numero de documemto de Identificación	38 Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
AMINTA TARAZONA LIZCANO	CC	37728141	01

39 Ubicación

Direccion	Telefono	Correo electronico	Municipio/distrito	Departamento
CL 17N 21 44	314 286	LIZCANOTARAZONAAMINTA@GMAIL COM	BUCARAMANGA	SANTANDER

B REPORTE DE NOVEDADES

40 Tipo de Novedad

- [ ] 1 Modificacion dato basico de identificacion
- [ ] 2 Correccion dato basico de identificacion
- [ ] 3 Actualizacion documento de identidad
- [ ] 4 Actualizacion y/o correccion datos complementarios
- [ ] 5 Terminacion de la inscripcion en la EPS
  Codigo [ ]
- [ ] 6 Reinscripcion en la EPS
- [ ] 7 Inclusion de beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 9 Inicio de relacion laboral o adquisicion de condiciones para cotiza
- [ ] 8 Exclusion de beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 10 Terminacion de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12 Desvinculacion de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectiva
- [ ] 13 Movilidad [ ] A Regimen Contributivo [ ] B Regimen Subsidiado
- [ ] 14 Traslado [ ] A Mismo regimen [ ] B Diferente regimen
- [ ] 15 Reporte de fallecimiento
- [ ] 16 Reporte del tramite de proteccion al cesante
- [ ] 17 Reporte de la calidad de pre Pensionado
- [ ] 18 Reporte de la calidad del pensionado

VI DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 Datos basicos de la identificacion

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Numero documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		0|8|0|5|2|0|2|4

43 EPS anterior	44 Motivo de traslado Codigo	45 Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46 [ ] Declaracion de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

47 [ ] Declaracion de la no obligacion de afiliarse al Regimen Contributivo Especial o de Excepcion

48 [ ] Declaracion de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condicion de beneficiarios

49 [ ] Declaracion de no interposicion del cotizante cabeza de familia beneficiarios o afiliados adicionales en una Institucion Prestadora de Salud

50 [ ] Autorizacion para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

51 [ ] Autorizacion para que la EPS suministre la información que se genere con la afiliacion del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades publicas que por sus funciones la requieran

52 [x] Autorizacion para que la EPS suministre los datos personales del cotizante cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53 [x] Autorizacion para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII FIRMAS

Aminta Zarama Lizcano	
54 Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55 El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX ANEXOS

- [ ] 56 Anexo Copia del documento de identidad CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [x] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad [ ] [ ] [ ] [1] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [1]
- [ ] 57 Copia del documento de soporte de dependencia emitido por la autoridad competente
- [ ] 58 Copia registro civil de matrimonio o de escritura publica acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la union marital
- [ ] 59 Copia de la sentencia judicial que declare el divorcio sentencia judicial para que declare la separacion de cuerpos y escritura publica acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la terminacion de la union marital
- [ ] 60 Copia certificado de defuncion o acta de entrega del menor
- [ ] 61 Copia orden judicial o administrativa de custodia
- [ ] 62 Documento en que conste la perdida de la patria potestad o el certificado de defuncion de los padres o la declaracion suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- [ ] 63 Copia de la autorizacion del titular por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64 Certificacion de vinculacion a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65 Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio

X DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66 Identificación de la Entidad Territorial Codigo del municipio	Codigo del Departamento	67 Datos del SISBEN Numero ficha	Puntaje	Nivel	68 Fecha de radicación	69 Fecha de validacion

70 Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Numero documento de identidad	71 Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma al final del formulario valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX Autorizaciones asi como la veracidad de las demas información registrada

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Informacion para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
TARAZONA	LIZCANO	AMINTA	

No de identificacion	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
37728141	X	1979 07 14	X	2024 08 05

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta para que conozca sus derechos y deberes al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atencion, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto los canales de comunicacion con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeno donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3 ¿Leyo el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4 ¿Leyo el contenido de la Carta de Desempeno de la EPS? X
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la informacion fue asesorado adecuadamente po la EPS? X

Medio de entrega deseado Electronico X Fisico _

CONSENTIMIENTO PARA ENVIO VIRTUAL (solo para entrega electronica)

Asi pues con el fin de garantizar su entrega le solicitamos su respectiva autorizacion para realizar el envio de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeno a su correo electronico

Yo AMINTA TARAZONA LIZCANO identificado con el documento de identidad C No 37728141 doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envie al correo electronico lizcanotarazona aminta@gmail com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante)

Aminta Tarazona Lizcano

Nombres y Apellidos AMINTA TARAZONA LIZCANO
Numero de identificacion 37728141

Fecha de diligenciamiento
2024 08 05

FIRMA A RUEGO

A ruego del senor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad _____No _____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar lo hace en su nombre el señor (a) _____ _____ mayor de edad identificado (a) con documento de identidad _____ No _____ y sin ningun impedimento para dar fe de la informacion que esta recibiendo, quien ademas actua como testigo certificando que la huella dactilar del dedo indice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____ _____

Nombres y Apellidos
Documento de Identidad
Edad
Domicilio

_____

Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

Huella digital del cotizante (en caso de no saber firmar)

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con la suscripcion del presente documento en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demas normas que reglamenten modifiquen o deroguen hago constar expresamente que Salud Total EPS S S A me informo sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y por tanto AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS S S A , con Nit 830 140 907 4 como responsable del tratamiento de datos personales para la recoleccion almacenamiento uso desde el momento de mi afiliacion continuacion de uso y tratamiento de mis datos personales los cuales seran almacenados en bases de datos que se encuentran en medios fisicos y/o magneticos para los siguientes fines

- Afiliacion traslado identificacion, validacion de derechos y actualizacion de datos de los protegidos
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos
- Caracterizacion, seguimiento identificacion de la poblacion y gestion del riesgo
- Garantizar la prestacion de las tecnologias en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promocion y fomento de la salud y la prevencion diagnostico tratamiento y rehabilitacion para todas las patologias
- La asignacion y/o reasignacion de citas recaudo y recuperacion de cartera informacion y demas operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Evaluacion de indicadores de alertas tempranas oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados
- Identificacion de Proveedores y Prestadores asi como medicion de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por estos
- Transferencia y/o transmision al exterior de datos personales transferencia y/o transmision de datos con las empresas vinculadas o matrices con empresas de auditoria o revisoria fiscal con prestadores de servicios de salud publicos o privados asi como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS S S A , con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, asi como de tomar las medidas tecnicas y tecnologicas necesarias para el aseguramiento de los datos
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicacion (escrito y/o electronico) con el fin de adelantar cualquier tramite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S S A
- Cualquier otra operacion necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S A atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive despues de terminada la relacion contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S A

Se aclara que la informacion referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas niños y adolescentes datos de la salud y datos biometricos como (fotografias huellas videos entre otros) son datos sensibles sobre los cuales no esta obligado a autorizar su tratamiento no obstante lo anterior, solo seran utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestion adoptados por Salud Total EPS S SA

Como Titular de datos personales se que tengo derecho a conocer actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorizacion otorgada para su tratamiento ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos presentar quejas ante la SIC revocar la autorizacion y/o solicitar la supresion de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a traves de los canales de comunicacion para tal fin establecidos en la Politica de proteccion de datos personales de Salud Total EPS S S A que declaro conocer y aceptar publicada en la pagina web *www saludtotal com co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E mail *protecciondatos@saludtotal com co,* al Telefono (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524

Firma del afiliado (Cotizante) Amanda Navarro Lizcano

Numero de identificacion 377?8111

www saludtotal com co
Linea local en Bogota 4854555
Linea Nacional de atencion al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha 2024 04 11

1 INFORMACION GENERAL

Empresa Usuaria	AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA	Actividad economica	Actividades ejecutivas de la administracion publica
Nombre	AMINTA TARAZONA LIZCANO	Documento	CC 37728141
Fecha de nacimiento	1979 07 14	Lugar de nacimiento	BUCARAMANGA (SANTANDER)
Edad	44 años	Identidad de Genero	Femenino
Estado civil	Soltero	No hijos vivos	3
Direccion actual	CALLE 17 N #24 44 LA ESPERANZA II	Municipio	BUCARAMANGA
Telefono	3142862220	Escolaridad	Secundaria incompleta
Ocupacion	PARQUERA	EPS	SALUD TOTAL
Responsable**	MIGUEL ANGEL BLANCO (HIJO)	Telefono	3124760101
Acompañante	El trabajador asiste a la evaluacion sin acompañante		



*** La informacion de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la ultima suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad*

INMUNIZACIONES Relacion de biologicos aplicados

1 Vacuna Covid 19 Dosis 1 Ultima dos s Janssen

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometria	NO APLICA
Audiometria	NO APLICA
Espirometria computarizada	NO APLICA

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a AMINTA TARAZONA LIZCANO con documento de identificacion No 37728141 se considera NO PRESENTA RESTRICCIONES para desempeñar la ocupacion de PARQUERA del sector economico Actividades ejecutivas de la administracion publica

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

CLASIFICACION OSTEOMUSCULAR De acuerdo a la informacion disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones medicas

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR En el Examen Medico Ocupacional realizado se hizo una completa revision de su sistema osteomuscular extremidades y columna, buscando patologias o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realizacion de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos Cualquier alteracion significativa encontrada se ampliara en el Certificado Medico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento

SALUA TERESA FERIS TEHERAN
Medico U Del SINU
R M 70952/2014
Especialista en Gestion del Riesgo Laboral
U De Cartagena
Lic S O 959/18

Firma para identificacion de usuario
AMINTA TARAZONA LIZCANO
Documento 37728141

Indice der

Escanee el codigo si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Proteccion Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Proteccion Social) reglamentan la practica y contenido de las evaluaciones medicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo Tambien establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MeDICO DE INGRESO del aspirante Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional estan sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia segun lo establecido en la Resolucion 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial medico

RESOLUCIÓN

DEL

de diciembre 12

RESUELVE

SALUA TERESA FERRER HERRERA

DEL RIESGO LABORAL

en Cartagena

SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Que en virtud de lo anterior

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A SALUA TERESA FERRER HERRERA identificada con la cédula de ciudadanía No 1.143.332.301 expedida en Cartagena

ARTICULO SEGUNDO

PARAGRAFO

ARTICULO TERCERO

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE 26 de 2018

VERENA BERMUDA POLO GOMEZ