REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **1.085.322.876**

OJEDA ROMO

APELLIDOS

ANDREA MANUELA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-AGO-1995**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-AGO-2013 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2300100-00475998-F-1085322876-20130926 **0035**086941A 1 40822787

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141079771326

(415)7707212489984(8020) 000014107977132 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1085322876	7	Impuestos y Aduanas de Pasto 14	

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 13	1085322876	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Nariño 52	Pasto 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OJEDA	ROMO	ANDREA	MANUELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Nariño 52	Pasto 001

41. Dirección principal: CR 29 19 61 BRR LAS CUADRAS

42. Correo electrónico: manuojeda1411@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3187297228	3105174493

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4220	2023/01/25	6209	2023/01/25	7320				

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	52																								

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 07 - 29 / 14 : 49: 12

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OJEDA ROMO ANDREA MANUELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

PASTO, NARINO, **31/07/2024**
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANDREA OJEDA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1085322876**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488436503566**
Fecha de apertura	**11/01/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4



INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO

FECHA: 31 DE JULIO DE 2024

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	ANDREA MANUELA OJEDA ROMO				
Edad:	28 AÑOS		**Cedula de Ciudadanía:**		1.085.322.876
Dirección de la Vivienda.	CRA 2E N° 21C-18		**Teléfono de Contacto:**		3187297228
EPS:	SANITAS	**ARL:**	POSITIVA	**AFP:**	COLPENSIONES

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	DANE
Cargo:	Contratista

PESO:	**50 KG**			**TALLA:**	**1.57 Mt.**			**IMC:**	**20.32**
EXÁMENES	**RESULTADOS**			**EXÁMENES**	**RESULTADOS**				
Físico	Normal	X		**Visiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Valoración columna	Normal	X		**Audiometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Vértigo	Normal		Ausente	**Optometría**	Normal	X			
	Anormal				Anormal				

LABORATORIOS CLINICOS: No aplica.

CONCEPTO: Apta para el requerimiento del cargo de la empresa.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondientes.

RESTRICCIONES: Ninguna.

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas, fomentar hábitos y estilos de vida saludable.

IPS SAN JOSÉ

Dra. Carolina Garcés Benavides
Médica especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo
3166845651 - 3144026940
sanjoselaipsdelamujer@gmail.com
Cra. 24 # 20 - 58, Pasto - Nariño
Oficina 511
NIT: 1085277139-4

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada en este documento para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MÉDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC. CUP. 606-2221

DRA. CAROLINA GARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-20221.082.692.732

ANDREA MANUELA OJEDA ROMO
C.C: 1.085.322.876