

El servicio público  
es de todosFunción  
Pública

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                      |  |                                                   |                                                                                                                                                                                       |                                       |                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRIMER APELLIDO</b><br>CACERES                                                                                                    |  | <b>SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )</b><br>LYNTON |                                                                                                                                                                                       | <b>NOMBRES</b><br>FRANCHESCA VICTORIA |                                                                                    |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b><br>C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1140839176 |  |                                                   | <b>SEXO</b><br>F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                                                        |                                       | <b>NACIONALIDAD</b><br>COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| <b>LIBRETA MILITAR</b><br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                    |  |                                                   | <b>NÚMERO</b>                                                                                                                                                                         |                                       | <b>PAÍS</b><br>COLOMBIA                                                            |
| <b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b><br>FECHA DÍA 18 MES 03 AÑO 1991<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Atlántico<br>MUNICIPIO BARRANQUILLA     |  |                                                   | <b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b><br>CII 83 #41 E 134 CASA<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Atlántico<br>MUNICIPIO BARRANQUILLA<br>TELÉFONO 3784404<br>EMAIL franchescacaceres@hotmail.com |                                       |                                                                                    |

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

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**  
MARQUE CON UN 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)

| EDUCACION BASICA |        |        |            |        |        |        |        |                |      | TÍTULO OBTENIDO: CON ENFASIS EN CIENCIAS NATURALES |                 |
|------------------|--------|--------|------------|--------|--------|--------|--------|----------------|------|----------------------------------------------------|-----------------|
| PRIMARIA         |        |        | SECUNDARIA |        |        | MEDIA  |        | FECHA DE GRADO |      |                                                    |                 |
| 1o.1o.           | 2o.2o. | 3o.3o. | 4o.4o.     | 5o.5o. | 6o.6o. | 7o.7o. | 8o.8o. | 9o.9o.         | 1010 | XX                                                 | MES 12 AÑO 2008 |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO                              | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|-----------------------------------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |                                                                       | MES         | AÑO  |                            |
| UNUN                | 1010                    | XX       |    | LICENCIATURA EN EDUCACION BILINGUE LICENCIATURA EN EDUCACION BILINGUE | 04          | 2016 |                            |

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

| IDIOMA | LO HABLA |   |    | LO LEE |   |    | LO ESCRIBE |   |    |
|--------|----------|---|----|--------|---|----|------------|---|----|
|        | R        | B | MB | R      | B | MB | R          | B | MB |
| Inglés |          |   | XX |        |   | XX |            |   | XX |

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                         |                                                      |                      |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>colombo americano                            | <b>PÚBLICA</b>                                       | <b>PRIVADA</b><br>XX | <b>PAÍS</b><br>Colombia                                     |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>Atlántico                                         | <b>MUNICIPIO</b><br>BARRANQUILLA                     |                      | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b>                           |
| <b>TELÉFONOS</b><br>3854444                                              | <b>FECHA DE INGRESO</b><br>DÍA 08 MES 02 AÑO 2017    |                      | <b>FECHA DE RETIRO</b><br>DÍA 12 12 MES 10 10 AÑO 2017 2017 |
| <b>CARGO O CONTRATO ACTUAL</b><br>docente de ingles docente de ingles    | <b>DEPENDENCIA</b>                                   |                      | <b>DIRECCIÓN</b><br>cra 43 No. 52-97                        |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                               |                                                      |                      |                                                             |
| <b>EMPRESA O ENTIDAD</b><br>RECIAMBIENTE DEL CARIBE                      | <b>PÚBLICA</b>                                       | <b>PRIVADA</b><br>XX | <b>PAÍS</b><br>Colombia                                     |
| <b>DEPARTAMENTO</b><br>Atlántico                                         | <b>MUNICIPIO</b><br>BARRANQUILLA                     |                      | <b>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</b><br>FAQUIERE@HOTMAIL.COM   |
| <b>TELÉFONOS</b><br>3016158606                                           | <b>FECHA DE INGRESO</b><br>DÍA 30 MES 01 AÑO 2015    |                      | <b>FECHA DE RETIRO</b><br>DÍA 30 30 MES 01 01 AÑO 2016 2016 |
| <b>CARGO O CONTRATO</b><br>CONTRATO A PRESTACION DE SERVICIOS CONTRATO A | <b>DEPENDENCIA</b><br>ADMINISTRATIVA A DMINISTRATIVA |                      | <b>DIRECCIÓN</b><br>CALLE 64 # 32 34                        |

|                                                                                                                                     |                                            |                       |                                                        |                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|------------------|--|
| PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                             |                                            |                       | EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                             |                  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SQ UASH URBANO COLOMBIA                                                                                        |                                            | PÚBLICA<br>XX         | PRIVADA                                                | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Bolívar                                                                                                             | MUNICIPIO<br>CARTAGENA                     |                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>ESTEBANESPINAL@GMAIL.COM |                  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 28 MES 01 AÑO 2015 |                       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 10 10 MES 12 12 AÑO 2015 2015   |                  |  |
| CARGO O CONTRATO<br>DIRECTORIA ACADEMICA CONTRATO A PRESTACION DE SERVICIOS DIRECTORIA ACADEMICA CONTRATO A PRESTACION DE SERVICIOS | DEPENDENCIA                                |                       | DIRECCIÓN                                              |                  |  |
| EXPERIENCIA DOCENTE                                                                                                                 |                                            |                       |                                                        |                  |  |
| INSTITUCIÓN<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA                                                                        |                                            | HORAS SEMANALES<br>48 |                                                        | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Atlántico                                                                                                           | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                  |                       | MODALIDAD<br>Formal                                    |                  |  |
| NIVEL EDUCATIVO<br>Profesional                                                                                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 03 MES 07 AÑO 2018 |                       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 30 MES 11 11 AÑO 2018 2018   |                  |  |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO<br>Ciencias de la educación                                                                                    | MATERIA IMPARTIDA<br>INGLES                |                       |                                                        |                  |  |
| EXPERIENCIA DOCENTE                                                                                                                 |                                            |                       |                                                        |                  |  |
| INSTITUCIÓN<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BARRANCABERMEJA                                                               |                                            | HORAS SEMANALES<br>48 |                                                        | PAÍS<br>Colombia |  |
| DEPARTAMENTO<br>Atlántico                                                                                                           | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                  |                       | MODALIDAD<br>Informal                                  |                  |  |
| NIVEL EDUCATIVO<br>Profesional                                                                                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 29 MES 01 AÑO 2018 |                       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 30 MES 06 06 AÑO 2018 2018   |                  |  |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO<br>Comercio e Idiomas                                                                                          | MATERIA IMPARTIDA<br>docente de ingles     |                       |                                                        |                  |  |
| EXPERIENCIA DOCENTE                                                                                                                 |                                            |                       |                                                        |                  |  |
| INSTITUCIÓN<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- BOGOTA                                                                        |                                            | HORAS SEMANALES<br>40 |                                                        | PAÍS<br>COLOMBIA |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                                        | MUNICIPIO                                  |                       | MODALIDAD<br>Formal                                    |                  |  |
| NIVEL EDUCATIVO<br>Especialización Tecnológica                                                                                      | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 06 MES 08 AÑO 2019 |                       | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 18 18 MES 12 12 AÑO 2019 2019   |                  |  |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO<br>Comercio e Idiomas                                                                                          | MATERIA IMPARTIDA<br>INGLES                |                       |                                                        |                  |  |

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

## 4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS FORMALES ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento: Barranquilla, 31 de Enero del 2020

*Franchesca Górriz León*  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

## 5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN 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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.140.839.176

CACERES LYNTON

APELLIDOS

FRANCHESCA VICTORIA

NOMBRES

*Franchesca Cáceres Lynton*

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1991  
BARRANQUILLA  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

01-ABR-2009 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACA



P-0300150-00878201-F-1140839176-20170116

0053133941G 3

9998230826



FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y  
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Periodo a declarar

Desde 01-01-2019 Hasta 31-12-2019

## I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

|                   |                                                                                                            |                              |                                 |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| YO,               | CACERES LYNTON FRANCHESCA VICTORIA                                                                         |                              |                                 |
| IDENTIFICADO CON: | C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> No. 1140839176 | CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : |                                 |
| DIRECCIÓN         | Cll 83 # 41 E 134 CASA                                                                                     |                              | TELÉFONOS<br>3784404 3045639247 |
| MUNICIPIO         | DEPARTAMENTO                                                                                               | PAÍS                         |                                 |
| BARRANQUILLA      | Atlántico                                                                                                  | Colombia                     |                                 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

| NOMBRES Y APELLIDOS                  | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO  |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| CACERES LYNTON LEONARDO              | CC 7225263                  | Hermano (a) |
| CACERES LYNTON RONALD                | CC 72217042                 | Hermano (a) |
| VALDELMAR CACERES FRANCESCA VICTORIA | NUIP 104673412              | Hijo (a)    |
| LYNTON FAQUIERE LUZ MARIELA          | CC 2242054                  | Madre       |
| CACERES PEREZ JAIRO ALFONSO          | CC 15240632                 | Padre       |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐, PARA RETIRARME ☐, PARA ACTUALIZACIÓN ☐, PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☒, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

| CONCEPTO                            | VALOR             |
|-------------------------------------|-------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 20,000,000        |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS  | 0                 |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN            | 0                 |
| ARRIENDOS                           | 0                 |
| HONORARIOS                          | 0                 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | 0                 |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>20,000,000</b> |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA    | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| BANCOLOMBIA        | Cuenta de Ahorros | 59916641669         |                   | 0                  |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|--------------|-------------------------|-------|

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|-------------------|----------|-------|

## 1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|-----------------------|--------------------|

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|------------------------------------|------------------|

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN                                                      | N° |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                 | C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> |    |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN |
|----------------------------|------------------------|
|----------------------------|------------------------|

## 3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

### CERTIFICA

Que **FRANCHESCA VICTORIA CACERES LYNTON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1140839176** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1140839176                      |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | FRANCHESCA VICTORIA CACERES LYNTON |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 29/09/2016                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA   | 306                                |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO    | 51                                 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 23/01/2020

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

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115

Línea Nacional 018000 519 519

[www.epssura.com](http://www.epssura.com)



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**  
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**FRANCHESCA VICTORIA CACERES LYNTON**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.140.839.176**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



**Tenga en cuenta:**

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*



Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

MUSCA  
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14429274544



(415)7707212489984(8020) 000001442927454 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 1 4 0 8 3 9 1 7 6

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 1 4 0 8 3 9 1 7 6

27. Fecha expedición:

2 0 0 9 0 4 0 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Atlántico

0 8

30. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

31. Primer apellido

CACERES

32. Segundo apellido

LYNTON

33. Primer nombre

FRANCHESCA

34. Otros nombres

VICTORIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio:

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CL 83 41 E 134

42. Correo electrónico:

franchescacaceres@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 7 8 4 4 0 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 5 4 4

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 0 6 3 0

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

1

2

50. Código:

Ocupación

51. Código:

2 3 1 1

52. Número establecimientos

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: | 2 | 0 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

| 1           | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 54. Código: |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 11          | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|-----------|----------|----------|---|---|---|
|           |          | 57. Modo |   |   |   |
|           |          | 58. CPC  |   |   |   |

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 7 0 8 2 9

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CACERES LYNTON FRANCHESCA VICTORIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

# Certificado Bancario

Jueves, 23 de Enero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FRANCHESCA VICTORIA CACERES LYNTON identificado(a) con CC 1140839176, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto          | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 59916641669  | 2013/12/03     | 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 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.

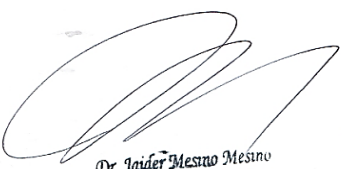
Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el  
momento  
de  
todos



Bancolombia

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                             |                                                      | CONCEPTO DE APTITUD LABORAL |                                                                                  | FOTO           |              |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                        | 24/1/20                                              | EMPRESA                     | SENA                                                                             |                |              |
| TIPO DE EXAMEN:                                                                                                                                                                                                                                                              | NOMBRE                                               |                             | C.C                                                                              | CIUDAD         | CARGO        |
| INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                                      | FRANCESCA CACERES LYNTON                             |                             | 1.140.839.176                                                                    | BARRANQUILLA   | INSTRUCTORA  |
| A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                                                  | AUDIOMETRIA                                          | ESPIROMETRIA                | OPTOMETRIA                                                                       | VISIOMETRIA    | LABORATORIOS |
| X                                                                                                                                                                                                                                                                            | X                                                    |                             | X                                                                                | X              | X            |
| PRUEBA PSICOTECNICA                                                                                                                                                                                                                                                          | OTROS VALORACION MENTAL Y SOCIAL, ELECTROCARDIOGRAMA |                             |                                                                                  |                |              |
| X                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| CONCEPTO EXAMEN DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |                             | X                                                                                |                |              |
| CONDUCTA                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| MANEJO POR EPS / ARL                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |                             | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA                                                        |                |              |
| CONTROL PERIODICO PP POR EPS                                                                                                                                                                                                                                                 | NO                                                   |                             | DIETA                                                                            | NO             |              |
| REMISION A EPS POR:                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      |                             | EJERCICIO REGULAR 3 VECES/SEM                                                    | NO             |              |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO                                                                                                                                                                                                                                                      | NO                                                   |                             | DEJAR EL HABITO DE FUMAR                                                         | NO             |              |
| REMISION A ARP PARA MANEJO DEL CASO                                                                                                                                                                                                                                          | NO                                                   |                             | REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL                                                    | NO             |              |
| SEGUIMIENTO CASO ARP                                                                                                                                                                                                                                                         | NO                                                   |                             |                                                                                  |                |              |
| OCUPACIONALES                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                      |                             | INCLUIR SVE                                                                      |                |              |
| CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                | SI                                                   |                             | VISUAL                                                                           | CARDIOVASCULAR | AUDITIVO     |
| HIGIENE POSTURAL                                                                                                                                                                                                                                                             | SI                                                   |                             |                                                                                  |                |              |
| UTILIZACION DE EPP                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                                                   |                             | PSICOLABORAL                                                                     | RESPIRATORIO   | BIOLOGICO    |
| UTILIZACION DE AYUDAS ERGONOMICAS                                                                                                                                                                                                                                            | NO                                                   |                             |                                                                                  |                |              |
| REALIZACION DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS                                                                                                                                                                                                                                       | NO                                                   |                             | ERGONOMICO                                                                       | QUIMICO        |              |
| PP. PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD: HIGIENE ORAL SEMESTRAL, CITOLOGIA CERVICOVAGINAL ANUAL.                                                                                                                                                                     |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| RECOMENDACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, AUTOCUIDADOS                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO                                                                                                                                                                |                                                      |                             |                                                                                  |                |              |
| NOMBRE DEL MEDICO<br>JAIDER ALBERTO MESINO MESINO<br>FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL<br><br>Dr. Jaider Mesino Mesino<br>Medico Especialista<br>Salud Ocupacional<br>R.M. 065518 UNILIBRE |                                                      |                             | FIRMA DEL TRABAJADOR<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>C.C<br>1.140.839.176 |                |              |