El servicio público es de todos | Función Pública

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
TORRES	GONZALEZ	LEIDY JANETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 1020453617	F (●) M ( )	COL. (●) EXTRANJERO ( )	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 17	MES 05	AÑO 1993	calle 47 # 46-49 302			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Antioquia
DEPTO	Antioquia			MUNICIPIO	BELLO		
MUNICIPIO	BELLO			TELÉFONO	3013239348	EMAIL	leidytorgon@misena.edu.co

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

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller técnico en administración
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2009

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	
TL	4	X		TECNOLOGIA EN GASTRONOMIA	07	2012	

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

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	SANTA ROSA DE OSOS	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8608686	DÍA 04 MES 02 AÑO 2019	DÍA 18 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Instructora Contrato de prestación de servicios N° 1647	Gastronomía	Cra 29 # 25 - 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	SANTA ROSA DE OSOS	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8608686	DÍA 01 MES 02 AÑO 2018	DÍA 30 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Instructora Contrato de prestación de servicios N° 2169	Gastronomía	Cra 29 # 25 - 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	SANTA ROSA DE OSOS	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
860 86 86	DÍA 13 MES 02 AÑO 2017	DÍA 17 MES 12 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**
Instructora Contrato de prestación de servicios N° 3203	Gastronomía	Cra 29 # 25 - 27

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
sena	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
Caldas	LA DORADA		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	
	DÍA 24 MES 11 AÑO 2016	DÍA 17 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	
instructor Prestación de Servicios	Gastronomía	calle 42 carrera 1	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Colegio Canadiense		X	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
Antioquia	CALDAS		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	
	DÍA 09 MES 09 AÑO 2015	DÍA 02 MES 02 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	
CHEF			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AGG Servicial		X	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
Antioquia	ITAGUI		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	
	DÍA 23 MES 04 AÑO 2015	DÍA 10 MES 07 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	
Supervisor, servicio de alimen			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Banquetes la 33		X	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
Antioquia	MEDELLÍN		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	
	DÍA 09 MES 05 AÑO 2014	DÍA 23 MES 02 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	
CHEF	Gastronomía		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Asociación de victimas del conflicto armado	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
Antioquia	SANTO DOMINGO		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	
	DÍA 04 MES 03 AÑO 2013	DÍA 07 MES 03 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	
Docente			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Banquetes la 33		X	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
Antioquia	MEDELLÍN		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	
	DÍA 03 MES 08 AÑO 2012	DÍA 11 MES 02 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	
CHEF			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**	
Antioquia	MEDELLÍN		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**	
5760000	DÍA 09 MES 09 AÑO 2011	DÍA 17 MES 05 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**	
Auxiliar Administrativo		calle 51 # 57 70	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	48	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**	**MODALIDAD**
Antioquia	SANTA ROSA DE OSOS	Formal
NIVEL EDUCATIVO	**FECHA DE INGRESO**	**FECHA DE RETIRO**
Técnica profesional	DÍA 08 MES 02 AÑO 2017	DÍA 16 MES 12 AÑO 2017
ÁREA DE CONOCIMIENTO	**MATERIA IMPARTIDA**	

Administración Gastronom?a	Gastronom?a Panader?a	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN Centro Textil y de Gesti?n Industrial, Subsede Santa Rosa de Osos	**HORAS SEMANALES** 48	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** SANTA ROSA DE OSOS	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Técnica profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 24 **MES** 01 **AÑO** 2018	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2018
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración Gastronom?a	**MATERIA IMPARTIDA** Gastronom?a Panader?a	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	**HORAS SEMANALES** 48	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** SANTA ROSA DE OSOS	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Técnica profesional	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 04 **MES** 02 **AÑO** 2019	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 18 **MES** 12 **AÑO** 2019
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración	**MATERIA IMPARTIDA**	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN Asociacion de victimas del conflicto armado Municipio de Santo Domingo	**HORAS SEMANALES** 48	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** SANTO DOMINGO	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Tecnológica	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 04 **MES** 03 **AÑO** 2013	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 07 **MES** 03 **AÑO** 2014
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración	**MATERIA IMPARTIDA** Gastronom?a	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN sena la dorada	**HORAS SEMANALES** 48	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Caldas	**MUNICIPIO** LA DORADA	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Tecnológica	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 24 **MES** 11 **AÑO** 2016	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 17 **MES** 12 **AÑO** 2016
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración	**MATERIA IMPARTIDA** Complementario de Gastronom?a	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN TECNOLOGICO DE ANTIOQUIA	**HORAS SEMANALES** 32	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Especialización	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 09 **AÑO** 2014	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 26 **MES** 09 **AÑO** 2014
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración	**MATERIA IMPARTIDA**	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN TECNOLOGICO DE ANTIOQUIA	**HORAS SEMANALES** 32	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Especialización	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 06 **MES** 10 **AÑO** 2014	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 24 **MES** 10 **AÑO** 2014
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración	**MATERIA IMPARTIDA** Preparaci?n de Bebidas Especiales y Gastronom?a	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN TECNOLOGICO DE ANTIOQUIA	**HORAS SEMANALES** 32	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Especialización	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 01 **MES** 06 **AÑO** 2015	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 06 **MES** 06 **AÑO** 2015
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración	**MATERIA IMPARTIDA** Preparaci?n de Bebidas Especiales y Gastronom?a	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN TECNOLOGICO DE ANTIOQUIA	**HORAS SEMANALES** 0	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN	**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Especialización	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 07 **AÑO** 2015	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 17 **MES** 07 **AÑO** 2015
ÁREA DE CONOCIMIENTO Administración	**MATERIA IMPARTIDA** preparaci?n de bebidas especiales y gastronom?a	

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 POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Medellín 10-07-2020

Lady Torres G.
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 AQUI 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
Departamento Administrativo de la
Función Pública

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

SENA ANTIOQUIA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY JANETH TORRES GONZÁLEZ

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1020453617 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : BELLO

DIRECCIÓN	CARRERA 47 # 46-83	TELÉFONOS	3013239348
MUNICIPIO	BELLO	DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
PAÍS	COLOMBIA		

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ANGELA LIRIA GONZÁLEZ MARIN	43434627	MADRE
OCTAVIO TORRES	98490129	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [X], **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	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	36910667
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	36910667

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	AHORROS	31180397453	BELLO - ANT	10000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA	CREDITO LIBRE INVERSIÓN	15000000

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 C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

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

Leidy Torres G.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Medellín. 10-07-2020.

CIUDAD Y FECHA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14566073734

(415)7707212489984(8020) 000001456607373 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 4 5 3 6 1 7	1	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 4 5 3 6 1 7	2 0 1 1 0 5 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	GONZALEZ	LEIDY	JANETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

41. Dirección principal
CL 47 46 49

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
ladyt-0517@hotmail.com		5 9 8 6 4 7 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 1	2 0 1 6 1 1 2 2	8 5 4 2	2 0 1 6 1 1 2 2	8 5 6 0	8 2 9 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 01

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY JANETH TORRES GONZALEZ identificado(a) con CC 1020453617 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**30/09/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA MEDELLIN - SEDE BELLO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 09 días del mes de julio del año 2020 .

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEIDY JANETH TORRES GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1020453617,** se encuentra afiliado/a desde **10/09/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de julio de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Labora Vital IPS

CONCEPTO MEDICO INGRESO

H.C.: 1020453617-76751

Fecha y Lugar: 18/06/2018 MEDELLIN

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Empresa Contratante: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
NIT: 899999034
Empresa en Misión: -
Dirección: CALLE 51 N 57-70
Teléfono(s): 5760000
Ciudad:
E-Mail: mgeneys@sena.edu.co
Actividad Económica:
Nivel de Riesgo: 0

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre: LEIDY JANETH TORRES GONZALEZ
Género: FEMENINO **Edad:** 25
Fecha y Lugar de Nacimiento: 17/05/1993 BELLO
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección: CR 47 49 38 MEDELLIN
ARL: NO REPORTA
Identificación: 1020453617 **Rh:** O
Teléfono: no **Móvil:** 3013239348
Cargo: INSTRUCTOR (A)
Escolaridad: TECNOLÓGICO
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
AFP: COLPENSIONES

3. CONCLUSIÓN DE LA EVALUACIÓN OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIÓN PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

4. ACLARACIONES AL CONCEPTO MÉDICO

DEBE LABORAR CON LENTES FORMULADOS

5. RESTRICCIONES

NO

6. RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ADECUADOS PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO.
LAVARSE LAS MANOS Y ANTEBRAZOS CUANTAS VECES SEA NECESARIO CON AGUA Y JABÓN ANTIBACTERIAL. MANTENER LAS UÑAS CORTAS, LIMPIAS Y SIN ESMALTES. MANTENER EL CABELLO LIMPIO Y CUBIERTO CON GORRO. EVITAR EL USO DE ACCESORIOS COMO ANILLOS, ARETES Y PEARCING. REALIZAR EVALUACIÓN SEMESTRAL ODONTOLÓGICA.
CUANDO PRESENTE DURANTE EL DESARROLLO DE SUS TAREAS COMO MANIPULADOR LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS: ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, RINORREA O TOS AGUDA Y ENFERMEDADES DE LAS MANOS CON SECRECIÓN O HERIDAS ABIERTAS, DEBE SER AISLADO.
TRABAJO DINAMICO Y CARGAS: INDUCCIÓN EN MANEJO SEGURO DE CARGAS E HIGIENE POSTURAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN ESTIRAMIENTO Y DESCANSO DE LAS ZONAS INVOLUCRADAS.
VISIOMETRÍA U OPTOMETRÍA PERIÓDICA PARA VERIFICAR AGUDEZA VISUAL ADECUADA .

7. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

AUDIOMETRIA	NORMAL.
OPTOMETRIA	NORMAL.
PERFIL LIPIDICO	REALIZADO
GLICEMIA	REALIZADO
HEMOGRAMA IV	REALIZADO
PARCIAL DE ORINA - UROANALISIS	REALIZADO
ANEXO OSTEOMUSCULAR	REALIZADO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

VISUAL

OSTEOMUSCULAR

Información de Remisiones

OPTOMETRÍA

MÉDICINA GENERAL EPS — CONSULTA DE PATOLOGIA POR LA EPS

'CONSENTIMIENTO INFORMADO
Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Estas pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en que le sean realizadas.
En la fecha, como mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mi facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno de conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias.
De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Autorizo a LABORA VITAL IPS. Para realizarme lo exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador y entidad remitente, tales como examen médico ocupacional, espirometría, audiometría, optometría/visiometría, toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y otras pruebas complementarias que sean necesarias según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.'

Jeaneth Fuentes Pimienta.

JEANETH FUENTES PIMIENTA LSO 6834-07 RM 27-0024-98
Médico Especialisa en Salud Laboral

LEIDY JANETH TORRES GONZALEZ 1020453617
Firma y cédula del Paciente

Certificado Bancario

Jueves, 9 de Julio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LEIDY JANETH TORRES GONZALEZ identificado(a) con CC 1020453617, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31180397453	2012/03/01	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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.453.617**

TORRES GONZALEZ

APELLIDOS

LEIDY JANETH

NOMBRES

Leidy Torres 6

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1993**

BELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-MAY-2011 BELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-0104900-00316620-F-1020453617-20110726 **0027**571177A 1 36876719