Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-01-27 08:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JESUS	ALFONSO	RUIZ	RODRIGUEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1072429944

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	LA MESA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	LA MESA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA REGIONAL AGUAS DEL TEQUENDAMA SA ESP

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	LA MESA

Dirección	["Calle 8 No. 21 - 58 Casa Municipal de Gobierno"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$19.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$19.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

A892

FECHA DE RADICACIÓN: 03 07 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] B. Cotizante o cabeza de familia [X] C) Beneficiario o afiliado adicional [ ] D. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [ ]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. GRADO

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Si cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: RUIZ | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ | PRIMER NOMBRE: JESUS | SEGUNDO NOMBRE: ALFONSO
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1072429944
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] NAS [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Cundinamarca | La Mesa
15. FECHA NACIMIENTO: 15 11 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD SI [ ] NO [ ] | CAT. DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE EPOC ESTA SISBEN? SI [ ] NO [ ] | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL | 22. ARL

23. APP: Porvenir | 24. IPS: 1423500 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | TELÉFONO CELULAR: 3118104552 | TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: MZ L CS 269 Villas del Nuevo Sol | COMPLEMENTO DIRECCIÓN | CORREO ELECTRÓNICO: dhuroz26@gmail.com | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

MUNICIPIO DE RESIDENCIA: La Mesa | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA URBANA [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] ACTIVO [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Ninguno / Adjuntan (#) anexo/anexos del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?
32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO | 34. FECHA NACIMIENTO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. ¿ES BENEFICIARIO?	41. LUGAR DE NACIMIENTO			42. FECHA DE NACIMIENTO		
							PAÍS	DEPTO.	MUNICIPIO	DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario			43. MIGRANTE VENEZOLANO	44. ETNIA / GRUPO INDÍGENA		45. DISCAPACIDAD		46. ESTÁ CAPACITADO PARA EL TRABAJO		47. GRUPO POBLACIONAL		48. Datos de residencia		ZONA		
42. PRIMER APELLIDO	43. SEGUNDO APELLIDO	44. PARENTESCO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	URBANA	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSA
31																
32																
33																
34																
35																

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	51. TIPO DE LA IPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (ASIGNADA POR LA EPS)
31						
32						
33						
34						
35						

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o cotizante (a registrar por la EPS)
59. Dirección | # | Nº | Complemento dirección | Departamento | Municipio

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA PRE-AFILIACIÓN EN LA EPS Código _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código _____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS, O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [X]
11. INGRESO CON EPS RETORNO AL PAÍS, FIN DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. INVALIDEZ
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [X]
15. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE TRABAJADOR DEPENDIENTE [ ]
20. REPORTE DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: RUIZ | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ | PRIMER NOMBRE: JESUS | SEGUNDO NOMBRE: ALFONSO
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1072429944 | 62. SEXO BIOLÓGICO: M [X] | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] F [ ] NAS [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 15 11 1995 | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 03 07 2025 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A LA QUE SE ENCUENTRA APORTANDO

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. (Código bajo la gravedad de juramento que estoy) Beneficiario(a) reportado(a) depende económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados solicitantes en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el consulta de los datos personales del cotizante o 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. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines estrictamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RUE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del pago periódico de la Contribución Solidaria, según la evolución del Ingreso Mínimo Mensual Legal Vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o imposibilidad del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Yo Jesus Ruiz — 80. Cotizante, cabeza de familia, beneficiario de otro cotizante o afiliado adicional | 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

	RC	RE	PA	TI	CC	CE	PEP	PPT	CD	AS	PT
82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad:											

Total: 0

83. Copia del documento de propiedad permanente emitido por la notaría correspondiente. [ ]
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública mediante la cual se declare la existencia de la sociedad patrimonial o copia auténtica del acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
86. Copia del carné del afiliado adicional o acta de entrega del mismo. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acta de custodia del menor. [ ]
88. Documento en el que conste la cesión de la patria potestad o de certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (artículo 2.1.7.1 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de víctima. [ ]

Total Anexos: 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO
OBSERVACIONES:

CamScanner

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESUS ALFONSO RUIZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.429.944**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Junio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



PARTE DE CONDUCTA

CUTE BAT INF Nº. 28 COLOMBIA

SOLDADO REGULAR

RUIZ RODRIGUEZ JESUS ALFONSO

Con Tarjeta de Reservista No 072429944

Observó _____ Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad, del 31/07/14 al 07/05/16

Tolemaida, 06/05/16
LUGAR Y FECHA

TC. SERGIO A. GUZMAN JAIMES
FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD

DEBERES DE LOS RESERVISTAS DE PRIMERA CLASE

1. Porte la Tarjeta de Reservista y conservela en buen estado.
2. Cuando cambien de domicilio preséntese en la Alcaldia, Distrito Militar o Comando de Circunscripción Militar para informar tal hecho.
3. Cuando se decrete la Movilización o llamamiento especial, preséntese en la Unidad Militar más cercana, o al Alcalde del municipio de su residencia. El incumplimiento le ocasiona sanciones previstas en el Articulo 143 del Código de Justicia Penal Militar.

"SI QUIERES LA PAZ PREPÁRATE PARA LA GUERRA"

Scanned with ACE Scanner

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

LA MESA, **02/07/2025**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JESUS RUIZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1072429944**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488450330839**
Fecha de apertura	**28/01/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL GERENTE DE LA EMPRESA REGIONAL AGUAS DEL TEQUENDAMA S.A. E.S.P.

CERTIFICA QUE:

El Señor **JESUS ALFONSO RUIZ RODRIGUEZ**, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1.072.429.944 de La Mesa, Cundinamarca, ejecutó el siguiente contrato:

1. **OPS-083/2019 JUNIO 14 DE 2019.**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO RELEVADOR DE TURNOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ASEO DEL ESPACIO PÚBLICO COMO PARQUES, VÍAS, MONUMENTOS, SUMIDEROS, ALCANTARILLAS, ADEMÁS REALIZAR EL APOYO EN LA RECOLECCIÓN DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS AL VEHÍCULO COMPACTADOR ASIGNADO DE ACUERDO A LOS CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE, DE ACUERDO CON EL NIVEL, LA NATURALEZA Y EL ÁREA DE DESEMPEÑO PARA LA LIMPIEZA EN EL MUNICIPIO DE LA MESA CUNDINAMARCA.

PLAZO:	SEIS (06) MESES Y DIECISEIS (16) DIAS
FECHA DE INICIO:	JUNIO CATORCE (14) DE 2019
FECHA DE TERMINACIÓN	DICIEMBRE TREINTA Y UNO (31) DE 2019.
VALOR TOTAL:	NUEVE MILLONES SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($9'061.733.00) M/CTE.

Cualquier aclaración o información adicional, con gusto la suministraremos a través de nuestras oficinas ubicadas en la Diagonal 8 No.1 - 37 Barrio Quintas de San Pablo del Municipio de La Mesa, Cundinamarca, teléfono (1) 8471213 o al correo electrónico contratacion@aguasdeltequendama.com.

La presente se expide a solicitud del interesado a los veintisiete (27) días del mes de enero de dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

NELSON IVAN GARCIA TARQUINO
Gerente
Empresa Regional Aguas del Tequendama S.A. E.S.P.

	Nombre	Cargo	Firma
Proyectó	Erika Tatiana León Profesional Universitaria	Auxiliar Jurídica/Contratación ERAT SA ESP.	
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustados a la norma y disposiciones legales y/o técnicas vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma del remitente.			

Scanned with ACE Scanner

LABORAL MEDICAL ALTERNATIVA IPS
NIT: 900.760.280-0
Cra 25 No 5-36, La Mesa, Cundinamarca
Tel: +57 847 1830 Cel: +57 319 365 4665
laboralmedicalalternativaips@gmail.com
www.laboralmedical.com

Certificado Médico de Aptitud Laboral

Certificado # 45578

Tipo de exámen: Ingreso HC-Osteomuscular Fecha: 2025-01-27 09:48:23



Nombre: JESUS ALFONSO RUIZ RODRIGUEZ.		Documento: CC 1072429944	Edad: 29
Genero: M	Fecha Nacimiento: 1995-11-15	Lugar Nacimiento: LA MESA	
Dirección: VILLAS DE NUEVO SIGLO MZ L CASA 265	Teléfono: 3118404552	Ciudad Residencia: LA MESA [CUNDINAMARCA]	
Eps: NINGUNA - Particular	Arl: NO SABE	Pensiones: NO SABE	
Empresa: PARTICULAR	Cargo: HOGAR	Escolaridad: Bachillerato completo	
Contácto de emergencia: GALDYS RODRIGUEZ	Parentesco: MADRE	Teléfono: 3134797774	Dirección: VILLAS DE NUEVO SIGLO MZ L CASA 265- LA MESA
Acudiente: GALDYS RODRIGUEZ	Parentesco: MADRE	Teléfono: 3134797774	Dirección: VILLAS DE NUEVO SIGLO MZ L CASA 265- LA MESA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

Especialidad	Resultados y Recomendaciones
HC-Osteomuscular	CUMPLE CON RECOMENDACIONES
Espirometria	SATISFACTORIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES PARA LABORAR EN EL CARGO

Observaciones:
1.SE RECOMIENDA PRACTICA DEPORTIVA MINIMO 3 VECES POR SEMANA

Recomendaciones

Scanned with ACE Scanner

- HÀBITOS DE VIDA SALUDABLE
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL
- REALIZAR CAPACITACIONES EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
- USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA CORRECTA SEGÚN EL ÁREA DE TRABAJO

INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SEGUN MATRIZ DE RIESGOS DE SU EMPRESA

REMISIONES A ESPECIALISTAS

NO APLICA

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS.

Declaración del aspirante o trabajador: Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios e interpretación del examen médico. Por lo tanto declaro que los datos aquí registrados son verídicos, no he omitido ningún tipo de información y estoy de acuerdo con el proceso, la realización de esta prueba es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizaran. Fui informado por Laboral Medical Alternativa IPS de las medidas que se tomarán para la confidencialidad de mis resultados. Autorizo a dicha ips para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento.

Dr. Ricardo Arias H.
Médico Universidad Nacional
Médico ESO
Reg. 011485 Matrícula LSO 2210 SSS

Ricardo Arias Huertas

Registro # 011485 Licencia # 2210

Jesus Ruiz

Firma Empleado
Documento # 1072429944

Documento Firmado Digitalmente

tHxi2mqGBfD70eAKgjMtjlJgmlEYfs9yj4Idie9ISegU3s0zfUKPkERzRSMXGtUNFupNQM05PsoNQiCsiDT19svXJQv02GlbmpsE
1tJ9dXJHQgTv0L0mhozxUONJ3eiFV7h6m45Le0HwxU+iS40M5jXpXbmUlo7QnfNDUsEhksE+41YXGzHPaR1dZNrcFajlLrBikaRW
4fhqePXOd/jHggAxMBJLKnxP2is4JHwd3c/gPVIBsF16dUPAvNQgBOruVZI7Zx7TmuB12RVdPcL0v39qr60rGAVdidvnnTpL2B4t
q0e1B8nA7GJLr9TxHm0ZLPI3H7wehNAhyypnJQIF/w==

Puede validar este documento ingresando a:

https://labmedcrm.com/validarcertificado/2y102llUPGEgmmyhogze9yn2eSETUcESY1Cha7lAxuepubGiJBZPoYai

Scanned with ACE Scanner

ACTA DE TERMINACIÓN

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No.OPS-073/2025

La Mesa, Cundinamarca el día 30 del mes de junio de 2025 se reunieron, **JOSE DAVID GUTIERREZ VANEGAS** Director Operativo, supervisor del Contrato por parte de la ERAT S.A. E.S.P., y **JESUS ALFONSO RUIZ RODRIGUEZ,** identificado con cedula de ciudadanía número C C. 1.072.429.944 de La Mesa (Cundinamarca), en calidad de CONTRATISTA, para dar por terminado el contrato de Prestación de servicios de apoyo a la gestión No (OPS-073/2025), de conformidad con lo siguiente:

DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	MUNICIPIO DE LA MESA
OBJETO	**REALIZAR UN TURNO DIARIO EN EL SERVICIO DE ASEO PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES DE RECOLECCION DE RESIDUOS SOLIDOS, LIMPIEZA Y BARRIDO DE CALLES Y ARÉAS PUBLICAS DEL MUNICIPIO DE LA MESA CUNDINAMARCA.**
PERTENECE AL PLAN DE INVERSION	NO
CONTRATISTA	**JESUS ALFONSO RUIZ RODRIGUEZ**
VALOR DEL CONTRATO:	OCHO MILLONES CIENTO CINCO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS ($8.105.855,00) M/CTE.
SUPERVISOR	**JOSE DAVID GUTIERREZ VANEGAS**
PLAZO DEL CONTRATO	HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025
FECHA DE INICIO	23/03/2025
FECHA DE TERMINACION	30/06//2025
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	2025000155 05/03/2025
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	2025000156 19/03/2025

Acorde con las condiciones establecidas, el contratista desarrolló y cumplió a satisfacción de la ERAT S.A. E.S.P, todas las obligaciones que comprenden el objeto contractual, detalle que consta en el informe final de supervisión.

Se deja constancia que el contratista realizó durante la ejecución del contrato el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos Laborales y aportes parafiscales, de conformidad con las normas legales vigentes.

BALANCE FINANCIERO		
ÍTEM	**PRESUPUESTO Vs. EJECUCIÓN**	
1	TOTAL, PRESUPUESTO APROBADO	**$8.105.855**
2	PAGO PARCIAL CUENTA DE COBRO N°.01	$ 953.630
3	PAGO PARCIAL CUENTA DE COBRO N°.02	$ 2.384.075
4	PAGO PARCIAL CUENTA DE COBRO N°.03	$ 2.384.075
5	PAGO PARCIAL CUENTA DE COBRO N°.04	$ 2.384.075
7	SALDO EJECUTADO	**$8.105.855**
8	SALDO DISPONIBLE	$0.00
9	SALDO POR LIBERAR	$0.00

En constancia firman:

Por la ERAT S.A. E.S.P.

JOSE DAVID GUTIERREZ VANEGAS
Supervisor del Contrato

Por el CONTRATISTA,

JESUS ALFONSO RUIZ RODRIGUEZ
C.C. N°. 1.072.429.944 de La Mesa