

Santiago de Cali D.E., enero de 2026

Doctora
CONSTANZA IVETTE HERNÁNDEZ ROJAS
Directora General
UESVALLE

ASUNTO: Presentación de propuesta para contrato de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión.

Cordial Saludo.

Yo, **LUIS GABRIEL ROJAS CASTRO**, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, me permito poner a su disposición mi hoja de vida y demás documentos, para ofrecer mis servicios a la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca, de acuerdo a la Invitación realizada por la Entidad, así:

OBJETO:

Prestar servicios de apoyo a la gestión llevando a cabo actividades de promoción, prevención, inspección, vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores de interés en salud pública, aplicando las estrategias de entornos saludables y atención primaria en salud, en zonas urbanas y rurales del municipio de Tuluá del ARO Tuluá.

ACTIVIDADES:

1. Apoyar realizando las actividades definidas en el programa de enfermedades de transmisión vectorial entregadas por responsable del ARO y área misional, beneficiando los entornos hogar, comunitario, educativo, institucional y laboral. Inspección y tratamiento de sumideros en vía pública, Inspección, vigilancia y control del vector en viviendas y en sitios de concentraciones humanas, realizar educación sanitaria de acuerdo a los lineamientos emitidos por el profesional responsable del proceso y la Subdirección técnica.
2. Dar apoyo realizando el registro de la información diaria de las actividades en los respectivos formularios establecidos, acorde a la programación y periodo correspondiente; debe contar con un dispositivo móvil o medio tecnológico que le permita digitar la información que se trabaja con esta modalidad y permita ser georreferenciada (GPS), actualizando la aplicación al finalizar la jornada de campo y siguiendo los lineamientos dados por la entidad para envío virtual y para los registros físicos.
3. Apoyar cuando se le requiera, los eventos de interés en salud pública, desarrollando actividades de promoción y prevención de la salud y educación sanitaria y otras que le sean asignadas.
4. Dar apoyo cuando se requiera en las demás actividades, que se le asigne relacionados con el objeto contractual.

VALOR DEL CONTRATO: ONCE MILLONES DE PESOS MCTE (\$11.000.000)

incluidos los impuestos y demás costos directos e indirectos a que haya lugar.

PLAZO: A partir de su perfeccionamiento hasta el 30 de junio.

Adicionalmente, declaro bajo la gravedad de juramento la inexistencia de conflictos de interés, ni hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad o prohibición para contratar contempladas por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Constitución Política y demás normas vigentes sobre la materia.

Atentamente,



Nombre: LUIS GABRIEL ROJAS CASTRO

Cédula: 94387009

Teléfono: 3188277462

Dirección: Carrera 38 A No. 17-27

Correo electrónico: rojascastroluisgabriel46@gmail.com

COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
94387009

NUMERO

ROJAS CASTRO

APELLIDOS

LUIS GABRIEL

NOMBRES

Luis Gabriel Rojas C

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1975**

BOLIVAR
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

15-OCT-1995 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-3101600-65085743-M-0094387009-20010710 03874 01192P 02 090544160

**NO
APLICA**



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Rojas		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Castro		NOMBRES Luis Gabriel	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 94387009			GÉNERO F ☐ M ☒ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐			NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES 10 AÑO 1975 PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO BOLÍVAR			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 38A 17 27 PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO TULUÁ TELÉFONO 3188277462 EMAIL rojascastroluisgabriel46@gmail.com		

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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	1991

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).			

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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

4 IDIOMAS

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD FINCA EL ENCuentRO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍ COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA				MUNICIPIO ROLDANILLO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3172981607				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
				Día	01	Mes	02	Año	2023	Día	01	Mes	02
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE ADMINISTRATIVO (ENCARGADO)				DEPENDENCIA ADMINISTRADOR AGROPECUARIO					DIRECCIÓN VIA ROLDANILLO LA TULIA - CGTO EL RETIRO				

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS					
DEPARTAMENTO				MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS				FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
				Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:	
AREA DE CONOCIMIENTO				NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO x ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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.

Santiago de Cali, Enero 2026

Ciudad y fecha

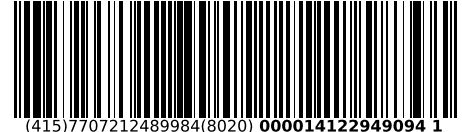
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

141229490941



(415)7707212489984(8020) 000014122949094 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 4 3 8 7 0 0 9

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tuluá

14. Buzón electrónico

2 1

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

67. Sociedades y organismos extranjeros

65. Fondos

66. Cooperativas

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 9

72. Número

73. Fecha

2 0 1 7 1 0 2 6

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

2 0 1 7 1 0 2 6

77. No. Matrícula mercantil

9 1 4 3 4 - 1

78. Departamento

7 6

79. Ciudad/Municipio

0 3 6

82. Nacional

%

83. Nacional público

%

84. Nacional privado

%

85. Extranjero

%

86. Extranjero público

%

87. Extranjero privado

%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 3 de 3 Hoja 6

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141229490941



(415)7707212489984(8020) 000014122949094 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 4 3 8 7 0 0 9

9

Impuestos y Aduanas de Tuluá

2 1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento Establecimiento de comerci 0 2	161. Actividad económica Otros tipos de expendio de comidas preparadas n.c.p. 5 6 1 9
162. Nombre del establecimiento PIQUETEADERO AÑORANZAS R. C	
163. Departamento Valle del Cauca 7 6	164. Ciudad/Municipio Bolívar 1 0 0
165. Dirección CL 5 BRR VIA PRIMAVERA	
166. Número de matrícula mercantil 0 9 1 4 3 5 2	167. Fecha de la matrícula mercantil 2 0 1 7 1 0 2 6
168. Teléfono 3 1 8 8 2 7 7 4 6 2	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/01/2026 03:42:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **94387009** y Nombre: **LUIS GABRIEL ROJAS CASTRO**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **132649863** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA** **GOV.CO**

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:44:03 horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **94387009**,
Apellidos y Nombres **ROJAS CASTRO LUIS GABRIEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **UESVALLE**, con NIT **805018833-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) *“por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones”* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *“por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018”*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:45:37 PM horas del 15/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **94387009**

Apellidos y Nombres: **ROJAS CASTRO LUIS GABRIEL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-
atc@policia.gov.co





Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Presidencia de
la República

Todos los derechos reservados.





CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 15 de enero de 2026, a las 15:45:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	94387009
Código de Verificación	94387009260115154558

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 288786706



PIB

15:47:17

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUIS GABRIEL ROJAS CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 94387009:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



TIC



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 94387009 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/01/2026 05:41 PM



Código Verificación: **BMG21CD6XR**

Válida hasta: **15/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No.Radicación: 90218

FECHA DE RADICACIÓN
16 | 01 | 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☒		2. TIPO DE AFILIACIÓN A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia ☒ b) Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐				3. RÉGIMEN A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA SI ☐ NO ☒		5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		7. CÓDIGO N0236	

A. AFILIACIÓN
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO ROJAS		SEGUNDO APELLIDO CASTRO		PRIMER NOMBRE LUIS		SEGUNDO NOMBRE GABRIEL	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. A.S. P.T. CC		10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 94387009		11. SEXO BIOLÓGICO F ☐ M ☒		12. SEXO IDENTIFICACIÓN F ☒ X ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	
13. NACIONALIDAD COLOMBIA		14. LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIAS VALLE DEL CAUCA		BOLIVAR MUNICIPIO		15. FECHA NACIMIENTO 16 10 1975	
16. ETNIA 6		17. COMUNIDAD INDÍGENA		18. DISCAPACIDAD SI ☐ NO ☒ CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD		19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI ☐ NO ☒	
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN		NIVEL		GRUPO		21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	
22. ARL NINGUNA		23. AFP NINGUNA		24. IBC \$1,750,905.00		25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA \$0.00	
26. RESIDENCIA DIRECCIÓN CL 38A 17 17		27. TELÉFONO FIJO		28. TELÉFONO CELULAR 3188277462		29. CORREO ELECTRÓNICO rojascastroluisgabriel46@gmail.com	
30. DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		31. MUNICIPIO/ DISTRITO TULUA		32. LOCALIDAD/COMUNA		33. ZONA CABECERA MUNICIPAL ☒ CENTRO POBLADO ☐ RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐	
34. IPS 99031		35. DEPARTAMENTO		36. MUNICIPIO		37. FECHA NACIMIENTO	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		30. SEXO BIOLÓGICO F ☐ M ☒		31. SEXO IDENTIFICACIÓN F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	
32. NACIONALIDAD		33. LUGAR DE NACIMIENTO		34. DEPARTAMENTO		35. MUNICIPIO	
36. PAÍS		37. DEPARTAMENTO		38. MUNICIPIO		39. 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 BIOLÓGICO		40. SEXO IDENTIFICACIÓN		41. LUGAR DE NACIMIENTO		42. FECHA DE NACIMIENTO	
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						F M F M T NB Otro?				PAÍS DEPART. MUNICIPIO		DÍA MES AÑO	
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT													
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT													
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT													
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT													
43. PARENTESCO		44. ETNIA		45. COMUNIDAD		46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL		47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI NO		48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL GRUPO		49. DISCAPACIDAD SI NO CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD		50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI NO	
B1												51. Datos de residencia DEPARTAMENTO MUNICIPIO/ DISTRITO		ZONA CABECERA MUNICIPAL CENTRO POBLADO RURAL DISPERSO RESTO RURAL	
B2															
B3															
B4															
B5															
52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL		53. DIRECCIÓN		54. LOCALIDAD/COMUNA		55. CORREO ELECTRÓNICO		56. IPS		57. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)					
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

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 N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.		57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación		DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO O CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
60. DEPARTAMENTO		MUNICIPIO/DISTRITO					

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 INSCRIPCIÓN 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 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. 12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS 14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO		15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.	
---	--	--	--	---	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		62. SEXO BIOLÓGICO F ☐ M ☒		63. SEXO IDENTIFICACIÓN F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	
64. FECHA NACIMIENTO DÍA MES AÑO		65. EPS ANTERIOR		66. FECHA DE NOVEDAD 15 01 2026		67. MOTIVO DE TRASLADO Código	
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.		☐	
70. Declaración de la 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 acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad		☐	
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales 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 la requieran.		☐	
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo 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 netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).		☐	
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.		☐	
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.		☐	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento 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 T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional		81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	
---	--	---	--

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT		Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		Total ☐	
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		☐		☐	
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		☐		☐	
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.		☐		☐	
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		☐		☐	
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		☐		☐	
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.		☐		☐	
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		☐		☐	
Total Anexos ☐					

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 Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO		96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA MES AÑO		97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA MES AÑO	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.		Número del documento de identidad					

OBSERVACIONES:

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES

Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LUIS GABRIEL ROJAS CASTRO identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

CC

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número 94387009 de BOLIVAR, certifico que:

1

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

2

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?

Sí ☐ No ☐

3

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

4

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

Sí ☐ No ☐

5

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí ☐ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3188277462

y/o correo electrónico: rojascastroluisgabriel46@gmail.com

Sí ☐ No ☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí ☐ No ☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes>

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta Sí ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente:

Firma: 

Tipo ID: CC No. ID: 94387009

Fecha de Solicitud: 16/01/2026

Dirección: CL 38A 17 17

Tel: 3188277462 Municipio: TULUA

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	NO
INDEPENDIENTE	NINGUNA	NINGUNA	\$1750905		NO	X		NO	X
Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☒	Doctorado ☐	Posición Ocupacional <u>Patrón/Empleador</u> ☐ Contratista ☒ Trabaja por su Cuenta ☐			
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado ☐				
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado ☐				
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.									
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte		DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Oscar Arturo Acuña del Leon	N0236		CIUDAD Y FECHA



**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:

LUIS GABRIEL ROJAS CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **94.387.009**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

La República de Colombia
y en su nombre

**EL COLEGIO
MANUEL DOLORES MONDRAGON
BOLIVAR-VALLE**

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 3097 del 21 de Junio de 1972

Confiere a

Luis Gabriel Rojas Castro

identificado con C.C. No. 94.387.009 de Bolívar -V
el Título de

BACHILLER ACADEMICO

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.



Dado en Bolivar V. a 30 de junio de 1971

Anotado al Folio 225-005 Libro de Registro No. 103

Secretario de Educación

SECRETARIA DE EDUCACION
VALLE DEL CAUCA
DIPLOMAS

en Santiago de Cali, a 30 de octubre de 1972

Nº 007262



UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL LA GÁMEZ
Especialistas en Salud Ocupacional y Medicina Laboral
Licencia Salud Ocupacional Resolución 1.220-54
Número 1559 de 4 de agosto de 2022

FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA: 16 de enero de 2026

HISTORIA CLINICA N° 28160

TIPO DE EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO ☒ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☐

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LUIS GABRIEL ROJAS CASTRO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I ☐ C.C ☒ C.E ☐ N° 94.387.009

EDAD: 50 AÑOS

EMPRESA: UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO

CARGO: CONTRATISTA

EVALUACIONES REALIZADAS

Osteomuscular ☒

Optometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Psicotécnico ☐

PsicoSensometrico ☐

Rx: ☐

Laboratorio Clínico: ☐

CONCEPTO DE APTITUD

El servicio médico ocupacional brindado en la Unidad de Salud Ocupacional La Gámez, por médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen realizado, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en este certificado:

Existen restricciones para el desempeño de tareas a realizar
Desviación en la condición previa de salud

SI
☐
☐

NO
☒
☐

Con relación a su ingreso se retira

ASINTOMÁTICO
☐

SINTOMÁTICO
☐

RECOMENDACIONES, RESTRICCIONES Y OBSERVACIONES

Trabajador no presenta alteraciones osteomusculares, que interfieran en el desarrollo de las funciones inmersas en el cargo descrito. Se sugiere dieta, cambios terapéuticos en el estilo de vida e inicio de una actividad física periódica moderada. Recomendando uso de elementos de protección personal según riesgo laboral. Cumplir con el programa de pausas activas de acuerdo a lo establecido en el SG-SST empresarial. Adhesión total y estricta a protocolos de bioseguridad contenidos en la normatividad colombiana vigente

DECLARACIÓN DEL EXAMINADO: Doy fe que todos los datos que he suministrado son ciertos y que no he omitido información relevante con respecto a mi condición de salud, diagnósticos anteriores o actuales, síntomas, limitaciones físicas o mentales, ni antecedentes patológicos laborales. Acepto que los hallazgos en esta valoración médica sean dados a conocer a mi empleador en caso de interferir con el desempeño de mi labor. La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Lesby Alexandra Gámez González

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

MEDICO OCUPACIONAL

Registro Médico N° 761474-06

Luis Gabriel Rojas Castro

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C 94.387.009