



ALCALDE MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 14/02/2026

CONTRIBUYENTE C.C. 1034301145

LUIS ENRIQUE MAIGUA NARVAEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 70 D 116 B 58
Teléfonos: 3147169317
Dirección electrónica: Init.keicha@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.
Fecha de inscripción: 28/02/2018
Soporte inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL
Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA
Fecha desde: 04/01/2017
Matrícula Mercantil: NO
Fecha inicio de Actividades: 15/02/2020
Fecha de cese de Actividades: NO
No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en
Actividad 2: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Notas Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la
Secretaría de Hacienda Distrital

W 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos, Bogotá D.C., Colombia

Fuente: RIT 5PH



CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA SAS

Nit 900171517-3
Dirección CRA 21N 26-52 SUR/ CRA 21N 23-38 SUR BARRIO OLAYA BOGOTA
Teléfonos 2397687-3478768
Correo electrónico centromedicoolaya@gmail.com
www.centromedicoolaya.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.366

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
14	02	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
DÍA	MES	AÑO	
CIUDAD			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			
Nombre de la empresa			
PARTICULARES CONTADO			
CIIU (Actividad Económica) del empleador:			
SIN REGISTRAR			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)			
Apellidos y Nombres		Género	Edad
MAIGUA NARVAEZ LUIS ENRIQUE		MASCULINO	47 AÑOS 10 MESES 26 DÍAS
Documento de Identificación		CC	1034301145
Número			
CARGO			
CONTRATISTA		AFP	ARL
EPS		PORVENIR	SURA
SALUD TOTAL			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			
APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIÓN			
Observaciones: NO APLICA			
APT		APT PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	NO APLICA
SIN RESTRICCIONES LABORALES		RECOMENDACIONES	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:			
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS NUTRICIONISTA		HÁBITOS SALUDABLES	
		CONTROL DE PESO	
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		HACER DEPORTE	
		DIETA BALANCEADA	
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.			
Médico			
Firma:			
Nombre: CÉ. 289190 - FRANKLIN ANDRES GUEVARA			
R. M.: 289190			
L.S.O.: 6011 DE 09/05/2018			
Código de Seguridad			
A1261G1M17366			
Firma:			
Nombre: MAIGUA NARVAEZ LUIS ENRIQUE			
CC: 1034301145			

Dr. FRANKLIN ANDRES GUEVARA
Médico Cirujano
Médico Especialista en SST
RETHUS - RM. C.E. 2.89190
Licencia Ocupacional No. 4011 de 09/05/2018