Libertad y Orden

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	CERON	CHRISTIAN HERNAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. **1.146.634.735** | *SEXO*: F ( ) M (X) | *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: ____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1.146.634.735 D.M 057

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 13 MES 05 AÑO 1993

DEPTO HUILA

MUNICIPIO ISNOS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

SANTA ROSA DE OSOS

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO SANTA ROSA DE OSOS

TELÉFONO 310 269 34 05 EMAIL Cristoce13@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:*
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 08 AÑO 2009
										X	

EDUCACION 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 SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	X	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	10	2009	
TC	II	X		TECNICO EN DIBUJO ARQUITECTONICO	04	2015	
TC	III	X		TECNICO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS	06	2014	

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
INGLES		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO		*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
HUILA	PITALITO			
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
8 - 434 0558	DÍA 23 MES 09 AÑO 2019		DÍA 29 MES 11 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
AXILIAR DE OFICINA	PROGRAMA MVZ PITALITO		KM 1 VIA USCO	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA		X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
HUILA	PITALITO			
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
8 - 434 0558	DÍA 04 MES 02 AÑO 2019		DÍA 31 MES 06 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
AXILIAR DE OFICINA	PROGRAMA MVZ PITALITO		KM 1 VIA USCO	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD		*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAMARA DE COMERCIO PITALITO			X	COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
HUILA	PITALITO			
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*	
836 0721	DÍA 12 MES 02 AÑO 2018		DÍA 11 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*	
AUX. ADMINISTRATIVO	FORTALECIMIENTO		AV. PASTRANA 11 SUR 2 -47	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA MUNICIPAL DE PITALITO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PITALITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
836 00 10	DÍA 10 MES 07 AÑO 2017	DÍA 29 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ORIENTADOR OCUPACIONAL APE	SEC. DESARROLLO ECONOMICO	CARRERA 3 No. 4-78 CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
LICEO DON BOSCO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PITALITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
312 322 85 87	DÍA 11 MES 07 AÑO 2016	DÍA 09 MES 11 AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSTRUCTOR	GESTION EMPRESARIAL	KM 6 VIA BRUSELAS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA MUNICIPAL DE PITALITO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PITALITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
836 00 10	DÍA 10 MES 01 AÑO 2017	DÍA 09 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ORIENTADOR OCUPACIONAL APE	SEC. DESARROLLO ECONOMICO	CARRERA 3 No. 4-78 CENTRO

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA MUNICIPAL DE PITALITO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PITALITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
836 00 10	DÍA 22 MES 11 AÑO 2016	DÍA 30 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ORIENTADOR OCUPACIONAL APE	SEC. DESARROLLO ECONOMICO	CARRERA 3 No. 4-78 CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA MUNICIPAL DE PITALITO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PITALITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
836 00 10	DÍA 13 MES 01 AÑO 2016	DÍA 12 MES 07 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSPECTOR CONTROL URBANO	SECRETARIA DE PLANEACION	CARRERA 3 No. 4-78 CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ALCALDIA MUNICIPAL DE PITALITO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PITALITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
836 00 10	DÍA 10 MES 08 AÑO 2015	DÍA 30 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSPECTOR CONTROL URBANO	SECRETARIA DE PLANEACION	CARRERA 3 No. 4-78 CENTRO

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
HUILA	PITALITO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8362510	DÍA 01 MES 03 AÑO 2014	DÍA 01 MES 09 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DIBUJANTE ARQUITECTONICO		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 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		
EMPLEADO SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	10
TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA	4	3

5 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).



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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, Christian Heiman Torres Cerón

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 1146634735 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

DIRECCIÓN	TELÉFONOS

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
Santa Rosa de Osos	Antioquia	Colombia

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Betty Elizabeth Cerón Ortiz	36110428	Madre
Jesus Torres Gonzalez	12166506	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	$3'700.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$8'432221
TOTAL	

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	Ahorro	45393805238	Pitalito	$357.629

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Motocicleta	PWU 75E	$ 6000.000

Scanned by TapScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco agrario	Credito Cultivo	$1'000.000
Coolecd.	Credito libre Inv.	$ 4'000.000
SUZUKY	Motocicleta	$ 3'500.000

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

29 Enero 2020

CIUDAD Y FECHA

Scanned by TapScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14681619690

(415)7707212489984(8020) 000001468161969 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 6 6 3 4 7 3 5	7	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACION

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 1 4 6 6 3 4 7 3 5	2 0 1 2 0 2 1 3

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
ESPAÑA 2 4 5		

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	CERON	CHRISTIAN	HERNAN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:
TORRES CERON	

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

41. Dirección principal
CR 5 ESTE 3 A 06 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
cristoce13@gmail.com		3 1 0 2 6 9 3 4 0 5	

CLASIFICACION

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 4	2 0 2 0 0 1 2 9	4 7 6 2	2 0 1 9 0 3 0 8	4 7 5 4	4 7 6 1		1

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

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 ☐ 60. No. de Folios: ☐☐☐ 61. Fecha: Año Mes Día

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
985. Cargo:

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14681619690

(415)7707212489984(8020) 000001468161969 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 6 6 3 4 7 3 5	7	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase:	0 9	
72. Número:		
73. Fecha:	2 0 1 9 0 3 0 8 (Año Mes Día)	(Año Mes Día)
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro:	2 0 1 9 0 3 0 8 (Año Mes Día)	(Año Mes Día)
77. No. Matrícula mercantil:	3 2 4 2 0 5	
78. Departamento:	4 1	
79. Ciudad/Municipio:	2 3	
Vigencia:		
80. Desde:	(Año Mes Día)	(Año Mes Día)
81. Hasta:	(Año Mes Día)	(Año Mes Día)

Composición del Capital

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):
1		(Año Mes Día)	-
2		(Año Mes Día)	-
3		(Año Mes Día)	-
4		(Año Mes Día)	-
5		(Año Mes Día)	-

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

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14681619690

(415)7707212489984(8020) 000001468161969 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 6 6 3 4 7 3 5	7	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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

1

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:
Establecimiento de comerci 0 2	Mantenimiento y reparación de com 9 5 1 1

162. Nombre del establecimiento: TORRES CERON

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:
Huila 4 1	Pitalito 5 5 1

165. Dirección: CR 5 ESTE 3 A 06 SUR

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
3 2 4 2 0 6	2 0 1 9 0 3 0 8
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
3 1 0 2 6 9 3 4 0 5	AAAA MM DD

2

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;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

3

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;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	29/01/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	8

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: TORRES	Segundo apellido: CERON	Primer nombre: CHRISTION	Segundo nombre: HERNAN
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1146634735	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: 13/05/1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M — Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		878500

18. Residencia			
Dirección: CRA 5 ESTE 3A-06.	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3102693405	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: PITALITO	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: HUILA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS PITALITO	3824
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
Crission Torres	CC	1146634735	

39. Ubicación				
Dirección: Cra 5 # 3-06	Teléfono: 3102693405	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: PITALITO	Departamento: HUILA.

Scanned by TapScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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 corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ] / Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 30 01 2020
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. 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 .
- [X] 51. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

medimás
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL HUILA
29 ENE 2020
WILLIAM JAVIER
BOTELLO ROJAS
C.C. 1.077.847.638
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVA SAS

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:				1					1

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad: CC	Número del documento de identidad: 1077847638	71. Firma del funcionario	William Botello R.

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO SUPERSALUD

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**



Scanned by TapScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CHRISTIAN HERNAN TORRES CERON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.146.634.735**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 30 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

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

Scanned by TapScanner

CALIDAD COLOMBIA

Codigo de Prestador No.
415510156901

Licencia 2401 de 2015
expedida por la Secretaria
Deptal del Huila

Certificado Medico No.

037558

Fecha/Hora EXAMEN

30/01/2020 07:06 a.m.

Clase de Certificado

Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Ingreso Normal



CHRISTIAN HERNAN TORRES CERON

Documento **1146634735** (•) Masculino ( ) Femenino

Fecha Nacimiento ***13-may-93*** Lugar ***ISNOS***

Dirección ***CRA 5E # 3A-065***

Teléfono/Movil ***(310)269-34-05 PITALITO, HUILA***

Tipo Sangre - RH ***O +*** Estado Civil ***Soltero/a***

Escolaridad ***Tecnico*** Servicio Militar ***NO***

Empresa ***SENA***

Cargo ***INSTRUCTOR***

EPS: Medimas EPS | ARL: Otras | AFP: Porvenir S.A.

EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES

TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A
SEROLOGIA				GLICEMIA	30/01/2020	X		TRIGLICERIDOS			
SEROLOGIA II				PERFIL LIPIDICO	30/01/2020	X		CREATININA			
CUADRO HEMATICO	30/01/2020	X		COPROLOGICO				AUDIOMETRIA			
EKG				FROTIS GARGANTA				OPTOMETRIA	30/01/2020	X	
KOH DE UÑAS				PARCIAL DE ORINA				ESPIROMETRIA			
OTROS				COLESTEROL TOTAL				PSICOMOTRIZ			

PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO

TEST PSICOLOGICO NORMAL

EXAMEN FISICO

PESO (KG)	80
TALLA (CMS)	173
FRECUENCIA CARDIACA	80
FRECUENCIA PULMONAR	22
PRESION ARTERIAL	100/80
LATERALIDAD	DIESTRO

CONDUCTAS

MANEJO POR EPS Y ARL		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
CONTROL PYP EPS	☐	CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	☑	DIETA	☑
REMISION A EPS	☐	HIGIENE POSTURAL	☑	EJERCICIOS REGULAR	☑
CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐	USO EPP	☐	NO FUMAR	☑
REMISION ARL PARA MANEJO DE CASO	☐	USO AYUDAS ERGONOMICAS	☐	REDUCIR ALCOHOL	☑
SEGUIMIENTO CASO ARL	☐	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	☐	PAUSAS ACTIVAS	☑

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

PACIENTE SIN RESTRICCIONES PARA INGRESO LABORAL

DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

TRATAMIENTO NO

DIAGNOSTICO CIE

ANTECEDENTES: NO REFIERE

OBSERVACIONES EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL

RESTRICCIONES: NO REFIERE

LIMITACIONES: NO REFIERE

RESOLUCION 786 - HABILITACION DE SERVICIOS DE SALUD

AUTORIZO AL PROFESIONAL, MENCIONADO EN ESTE DOCUMENTO, A REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS PERTINENTES PARA EL EXAMEN MEDICO Y/O PARACLINICOS OCUPACIONALES REGISTRADOS EN ESTA EVALUACION MEDICA, TENIENDO DE ANTEMANO CLARIDAD SOBRE EL OBJETIVO DE ESTE EXAMEN. LA REALIZACION DE LAS PRUEBAS REQUERIDAS PARA ESTE EXAMEN FUERON REALIZADAS DE FORMA VOLUNTARIA Y SIN NINGUNA COACCION POR PARTE DE TERCEROS, TENIENDO LA OPORTUNIDAD DE CANCELAR DICHO PROCESO EN CUALQUIER MOMENTO. LA EMPRESA CALIDAD COLOMBIA SERVICES ME HA ACLARADO QUE DICHA INFORMACION VA A SER DE TIPO CONFIDENCIAL. CERTIFICO QUE NO OMITI NINGUN DATO RELEVANTE SOBRE MIS ANTECEDENTES OCUPACIONALES, PERSONALES Y FAMILIARES QUE PUDIESEN INFLUIR SOBRES MI ESTADO DE SALUD Y QUE TODA LA INFORMACION QUE HE EXPRESADO PARA LA ELABORACION DE ESTE DOCUMENTO, ES CIERTA, ADEMAS AUTORIZO EL ENVIO DE ESTE INFORME A MI EMPLEADOR.

CAMILO ANDRES SASTOQUE
Medico Laboral

CAMILO ANDRES SASTOQUE MEÑACA
MEDICO LABORAL LIC. 2869 NIT: 2141/15

CHRISTIAN HERNAN TORRES CERON
PACIENTE CC: 1146634735

CALIDAD COLOMBIA SERVICES NIT: 900.633.796-5
Carrera 2 No. 4-50 B. Centro Pitalito-Huila Cel. 315 640 82 96 Tel. 836 31 70 - 836 9114
info@saludocupacionalpitalito.com - www.saludocupacionalpitalito.com

Scanned by TapScanner

CALIDAD COLOMBIA SERVICES
SALUD OCUPACIONAL · SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

RESULTADO DEL CUESTIONARIO

Fecha: 30/01/2020
Hora: 11:32:12 a.m.

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres		Documento No.
2020-1-30	CHRISTIAN HERNAN TORRES CERON		1146634735
Edad	Género	Empresa	Escolaridad
27	MASCULINO	SENA	TECNICO

Detalles del cuestionario		
Bloque	Resultado	Num. Preguntas
Trastornos amnesicos y otros trastornos congnoscitivos	3	3
Control de impulsos	3	3
Trastorno de personalidad	3	3
Abuso de alcohol	3	3
Dependencia del alcohol	3	3
Esquizofrenia	3	3
Trastornos inducidos por alcohol	3	3
Consumo habitual de drogas y medicamentos	3	3
Abuso de drogas o medicamentos	3	3
Dependencia de drogas y medicamentos	3	3
Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	3	3
12. Información	3	3
Trastornos por comportamiento perturbador	3	3
Disociativa	3	3
15. Comprensión	3	3
16. Aritmética	2	3
17. Trastornos del sueño	3	3
Semejanzas	2	3
20. Trastornos mentales debido a enfermedad médica	3	3
Vocabulario	3	3
Trastornos de estado de animo	3	3

Area	Resultado	Total Preguntas.	Calificación
Personalidad	27	27.	Aprobado
Sustancias	21	21	Aprobado
Inteligencia	13	15	CI 108 CI 96, aprobado

Observaciones

FMR
Firma Evaluador
36294904 p.n.

Scanned by TapScanner

CALIDAD COLOMBIA SERVICES S.A.S.

NIT. 900.633.796-5 Régimen Común
Carrera 2 No. 4-50 Centro, Pitalito, Huila
info@saludocupacionalpitalito.com www.saludocupacionalpitalito.com
. 315 640 82 96 Tel. 836 31 70 - 836 9114 Pitalit

FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA C-13990

FECHA FACTURA	Dia	Mes	Año
	30	01	2020

Cliente: CHRISTIAN HERNAN TORRES CERON — Nit/Cc: 1146634735

Direccion: CRA 5E # 3A-06S — Tel: 3102693405

Ciudad: PITALITO — ☑ CONTADO ☐ CREDITO

CANT.	DESCRIPCION	VR. UNIT.	IVA	VR. TOTAL
1	Examen Medico Laboral+Visiometria+laboratorios+test psicologico	90.000,00	0,00	90.000,00

SUBTOTAL$	90.000,00	IVA$	0,00	TOTAL$	90.000,00

Favor aplicar retención como Institución prestadora de servicio. Esta Factura de Venta se asimila en todos sus efectos legales a la Letra de Cambio Artcs. 772-779 del C. de Cio.

Comprador: _____

C.C. de

Vendedor: Karen C. Vargas

C.C. 1. 1083920292 de

Software creado por CALIDAD COLOMBIA SERVICES NIT: 900.633.796-5 Copyright 2017.

Resol. DIAN No. 18762014453753 de 2019/05/10 AUT. del No. C-8751 al C-16250 VENCE: 2020/11/10

Scanned by TapScanner

Certificado Bancario

Jueves, 30 de Enero de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CHRISTIAN HERNAN TORRES CERON identificado(a) con CC 1146634735, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	45393805238	2013/02/18	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

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

Es el momento de todos Bancolombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.146.634.735**

TORRES CERON

APELLIDOS

CHRISTIAN HERNAN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-MAY-1993**

ISNOS
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-FEB-2012 CON SEVILLA ESP

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

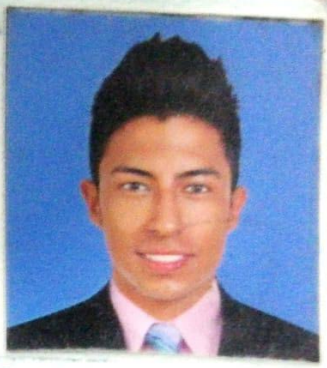
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1906100-00422025-M-1146634735-20130116 **0032**178693A 1 39060151

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1146634735

APELLIDOS Y NOMBRES

TORRES CERON

CHRISTIAN HERNAN

PERTENENCIA DEL EJERCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2023	2033	2043

Coronel Iván F. Vargas G.
C.M. 80...05
COMANDANTE DIM 56
COTE. DE DISTRITO

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 29 JUL 2014

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

03480280

128296 1432012