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
Garcia	Robayo	Alexander.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1051210881

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1.051210881 D.M 13 Y 540 2008

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 23 MES 04 AÑO 1990

PAÍS: Colombia

DEPTO: Boyaca

MUNICIPIO: Chivata

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS _____ DEPTO _____

MUNICIPIO _____

TELÉFONO 3228830813 EMAIL alexander garcia Robayo 1@yo

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	MES 12 AÑO 2020
									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 TARJ PROFESIO

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

Scanned with CamScanner

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
PYS			

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Auxiliar Servicios generales	DÍA 01 MES 01 AÑO 2026	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Servicios generales		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Smart Bussines S.A.S.	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3209580732	DÍA 17 MES 07 AÑO 2019	DÍA 25 MES 07 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Aux. Servicios generales	Medilazar Tunja	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Servigintegrales de colombia	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Boyaca	Tunja	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3224306528	DÍA 14 MES 08 AÑO 2024	DÍA 19 MES 01 AÑO 2025

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.

Scanned with CamScanner

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	5	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

_____

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 CO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.051.210.881**

GARCIA ROBAYO

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES



Alexander Garcia

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1990**

TUNJA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-MAY-2008 COMBITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez T.

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0704900-00108121-M-1051210881-20081022 **0004**704183A 2 25235373

Tunja, 30 de abril de 2026

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PRESENTAR HOJA DE VIDA
Convocatoria Pública No. 003 de 2026

Señores
E.S.E. SANTIAGO DE TUNJA
Hospital Metropolitano
Ciudad

Referencia: Convocatoria Pública No. 003 de 2026

Objeto: Prestación de servicios de aseo, desinfección, limpieza y recolección de residuos hospitalarios

Yo, Alexander Garcia Robayo, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1051210881, expedida en Combita, en mi calidad de **empleado(a) de la empresa** P Y S, por medio del presente documento **autorizo de manera expresa, libre y voluntaria** a dicha empresa para **presentar mi hoja de vida y documentación personal** dentro del **Proceso de Contratación – Convocatoria Pública No. 003 de 2026**, cuyo objeto es:

> **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A TODO COSTO PARA REALIZAR EL ASEO, DESINFECCIÓN, LIMPIEZA Y RECOLECCIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS EN LAS INSTALACIONES FÍSICAS DE LA E.S.E. SANTIAGO DE TUNJA, HOSPITAL METROPOLITANO, SERVICIOS UBAS MUISCAS, FUENTE, LIBERTADOR, CENTENARIO, RUNTA, FLORENCIA, CARMEN, UNIDAD AMIGA Y CENTRO UNO."**

Así mismo, autorizo a la entidad contratante para **verificar la información suministrada**, en caso de considerarlo necesario, conforme a la normativa vigente.

Declaro que la información contenida en mi hoja de vida es **veraz, completa y actualizada**, y que esta autorización se otorga únicamente para los fines relacionados con el proceso de contratación antes mencionado.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Tunja, a los 30 días del mes de abril de 2026.

Atentamente,

Nombre completo: Alexander Garcia Robayo
Cédula de ciudadanía: 1051.210 881
Cargo: Aux Servicios generales
Firma: Alexander Garcia Robayo
Teléfono: 322 883 0813
Correo electrónico: alexander.garg.Robayo1@hot.com.

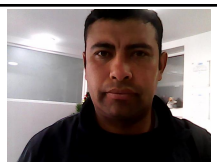
Scanned with CamScanner

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No. 28A 50 Barrio Maldonado. Tunja, Boyacá - Colombia
Cel. 317 638 6099 - 316 602 9208
Email: assoc.colombiaocupacional@gmail.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ALEXANDER GARCIA ROBAYO
Identificación: CC 1051210881
Género: M Fecha de Nacimiento: 1990-04-23 Edad: 35 A
Teléfono: 3228830813
Dirección VEREDA EL MORAL
Residencia: CHIVATA
Profesión: GUARDA DE SEGURIDAD
Nivel Educativo: Secundaria Grado de Escolaridad: Incompleta Estado Civil: Separado(a)
Empresa: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Empresa en misión: PIEDAD ANGELICA GARCIA MEDINA
Actividad económica:
EPS: Sin información ARL: Sin información AFP: Sin información



EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL REALIZADA
Examen médico ocupacional pre ingreso

Orden No.: 00242636 Fecha apertura: 20251230 09:10:16
Fecha cierre: 20251230 12:58:48
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: Oficios Varios

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 1843 de 2025, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR),TRIGLICERIDOS,COLESTEROL TOTAL,GLICEMIA,AUDIOMETRIA VIA AEREA,EXAMEN OPTOMETRICO

RECOMENDACIONES LABORALES

Balance Postural.
Higiene postural.
Manejo adecuado de cargas no mayor a limites permitidos.
Pausas activas para espalda baja.
Uso permanente de corrección óptica.
Uso de Elementos de Protección Personal.

MANEJO POR EPS

Valoración por optometra anual.
Manejo para dislipidemia en eps.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Control cada año.
Dieta baja en carbohidratos y grasas.
Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada.
Medidas antiestasis venoso.

INCLUIR EN PVE

Riesgo biologico y bioseguridad.
Visual.
Osteomuscular.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Reposo auditivo extralaboral.

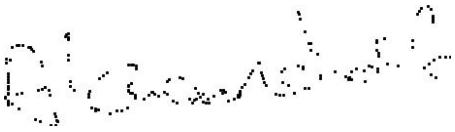
RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

control cada año.
uso de correccion optica permanente.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: CUMPLE CON EL PERFIL DEL CARGO





Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ
Identificación: CC 33701530
Especialidad: ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O.: 1091 - Exp 08/09/2020 Registro No.: 0072-06

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1051210881

RESOLUCIÓN 1091

(8 de septiembre de 2020)

"Por medio de la cual se Modifica una licencia de prestación de servicios en "Seguridad y Salud en el Trabajo"

El SECRETARIO DE SALUD DE BOYACÁ

En uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012, establece que la Expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, estará a cargo de las Secretarias Seccionales y Distritales de Salud, en cumplimiento de la competencia asignada a estas por el inciso primero del artículo 23 de la citada ley.

Que LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ, identificado(a) con C.C Nº 33701530 como MEDÍCO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES., ha solicitado modificación de la licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, con resolución vigente No 1266 de fecha 10/08/2010, de prestación de servicios en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el mundo del trabajo en el sentido de modificar: , cumpliendo con los requisitos establecidos en la Resolución 4502 de 2012 y anexando a su petición la documentación exigida para demostrar esta novedad.

Que es procedente acceder a la solicitud de modificación.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO, Modificar licencia de prestación de servicios de Salud Ocupacional Seguridad y Salud en el Trabajo otorgada a **LILIANA PAOLA VARGAS MARTINEZ como MEDÍCO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCIÓN DE RIESGOS LABORALES.**, en cuanto a , y en los campos de acción:

Medicina en seguridad y salud en el trabajo
Psicología en Seguridad y Salud en el trabajo
Investigación en área Técnica
Investigación del accidente de trabajo de acuerdo con su competencia según Formación académica.
Educación
Capacitación
Diseño, administración y ejecución del sistema de gestión de la salud y la Seguridad en el trabajo:

ARTICULO SEGUNDO, Los demás aspectos no modificados en la Resolución No 1266 de fecha 10/08/2010, conservan su vigencia.

ARTICULO TERCERO, En contra de la presente resolución, procede los recursos de reposición y apelación en primera y segunda instancia, para ante el Secretario de Salud de

Boyacá y Gobernador de Boyacá, respectivamente, según el Artículo 13 de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al de su notificación, según lo preceptuado en la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO CUARTO, la presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

Dado en Tunja. , el 8 de septiembre de 2020.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE



JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ
SECRETARIO DE SALUD

Revisó: MONICA MARIA LONDOÑO FORERO
Director(a) Promoción y Prevención en Salud

Elaboró: JUDY EDITH IBAÑEZ RODRIGUEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 11da0580-1eaa-41fa-aff1-8ea7fc6bcbcd

Nombres y apellidos / Full name: **ALEXANDER GARCIA ROBAYO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1051210881**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **23/04/1990**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3133561105**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination (Dia / Day)	(Mes / Month)	(Año / Year)	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	10	07	2019		UFX18011	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA	ANA ROSA CARDENAS PINEDA
TD Adulto	Primera	11	07	2019		221500217C	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA	ANA MILENA VARGAS
TD Adulto	Segunda	20	02	2020		2338X004AE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA	ANA LIBIA PINEDA
Fiebre Amarilla	Única	20	02	2020		P3M811V	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA	ANA LIBIA PINEDA
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	20	02	2020		UFX19002	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL BOYACA	ANA ROSA CARDENAS PINEDA
COVID PFIZER	Primera	20	02	2021		EN1194	CLINICA MEDILASER S.A	ANDRES FELIPE SANABRIA SUAREZ
COVID PFIZER	Segunda	13	03	2021		EN1195	CLINICA MEDILASER S.A	ANDRES FELIPE SANABRIA SUAREZ
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	27	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	CARVAJAL LABORATORIOS IPS	CLARA INES ROMERO CONDE
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	25	11	2025		24GHBV018	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO - CC7162071 - ACTIVO
Influenza Adultos Particular	Anual	25	11	2025		K13	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO - CC7162071 - ACTIVO
TD Adulto Particular	Primera	25	11	2025		220800824B	TUNJA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD VAQNAR SAS IPS	JOSE ALFREDO CRUZ FORERO - CC7162071 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	25	02	2026	Serum	0095M003	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE TUNJA - CENTRO No 1	EULALIA ARIAS SANCHEZ - CC23350046 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.