LISTA DE CHEQUEO
CONTRATACIÓN DIRECTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES**				
CEDULA	**1085267698**				
VALOR DEL CONTRATO	**$16.998.000**				
PLAZO DE EJECUCION	**HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026**				
	DESCRIPCIÓN		**SUPERVISOR**	**CONTRATACION**	**OBSERVACIONES**
1	**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL - CDP**		**X**		
2	**CÓDIGO BPIN**		**X**		
3	**ESTUDIOS PREVIOS**		**X**		
4	**CERTIFICADO AUSENCIA DE PERSONAL (SEC. GOB.)**		**X**		
5	**DOCUMENTOS CONTRATISTA**	**HOJA DE VIDA FUNCIÓN PÚBLICA PARA PERSONAS NATURALES JUNTO CON LOS SOPORTES (TARJETA PROFESIONAL, DIPLOMAS, CERTIFICACIONES, ETC.,)**	**X**		
		HOJA DE VIDA FUNCIÓN PÚBLICA PARA PERSONAS JURÍDICAS Y CAMARA DE COMERCIO			
		FORMATO DE DECLARACIÓN BIENES Y RENTAS FUNCIÓN PUBLICA	**X**		
		COPIA DE CÉDULA DE CIUDADANÍA: DE LA PERSONA NATURAL O DEL REPRESENTANTE LEGAL SI ES PERSONA JURÍDICA.	**X**		
		COPIA DE LIBRETA MILITAR Ó CERTIFICACIÓN DE ESTAR DEFINIDA LA SITUACIÓN MILITAR (LEY 1780 DE 2016)	**X**		
		ANTECEDENTES FISCALES (PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA)	**X**		
		ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS	**X**		
		ANTECEDENTES JUDICIALES - PONAL.	**X**		
		CERTIFICADO DEL SISTEMA NACIONAL MEDIDAS CORRECTIVAS POLICÍA NACIONAL-"LEY 1801 DE 2016"	**X**		
		CERTIFICADO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS- REDAM	**X**		
		AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIÓN Y RIESGOS LABORALES Y/O PLANILLA DE PAGO	**X**		
		TARJETA PROFESIONAL CUANDO SE REQUIERA			
		ANTECEDENTES TARJETA PROFESIONAL Y VIGENCIA			
		CERTIFICACIÓN BANCARIA	**X**		
		EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	**X**		
6	**CERTIFICADO DE IDONEIDAD**				
II. ETAPA CONTRACTUAL					
	DESCRIPCIÓN		**SI**	**NO**	**N.A.**
1	**CONTRATO**		**X**		
2	**REGISTRO PRESUPUESTAL - RP**		**X**		
3	**MEMORANDO DESIGNACIÓN DE SUPERVISIÓN**		**X**		
7	**ACTA DE INICIO DE CONTRATO**		**X**		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RIVERA	BENAVIDES	JOHNNATHAN CAMILO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1085267698	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 28 MES 07 AÑO 1988	CARRERA 1E 21 37			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	NARIÑO
DEPTO	NARIÑO	MUNICIPIO	PASTO		
MUNICIPIO	PASTO	TELÉFONO		EMAIL	jhocar28@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		DISEÑO GRAFICO	06	2014	

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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD km solutions			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3007835906	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL DISEÑADOR GRAFIC	*DEPENDENCIA* APOYO EN DISEÑO GRAFICO						*DIRECCIÓN* CARRERA 40A 12B 79 piso 2				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLINICAL SPA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* PASTO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7244432	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	29	*Mes*	02	*Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL DISEÑADOR GAFICO	*DEPENDENCIA* AREA DE PUBLICIDAD						*DIRECCIÓN* CARRERA 41 17A 95				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO		NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN						

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	3	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 INCOPATIBILIDAD 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 02 de julio 2026

Camilo R

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, LA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES MARÍA GORETTI

CESMAG

CON PERSONERÍA JURÍDICA 10736 DE JUNIO 24 DE 1982, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

EN ATENCIÓN A QUE

JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.085.267.698 PASTO

HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS QUE LAS LEYES Y LOS ESTATUTOS EXIGEN. LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

DISEÑADOR GRÁFICO

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN SAN JUAN DE PASTO, A LOS
DOCE (12) DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE DOS MIL CATORCE (2014)

REGISTRADO EL FOLIO 355 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 021

No. 5156

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Que el señor **JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES** identificado con cédula No. 1.085.267,698 de Pasto, laboró para nuestra empresa como diseñador gráfico con un contrato de prestación de servicios desde el 2020 a lo largo de este tiempo, desarrollo productos gráficos para sitios web, elaboración de cartillas interactivas, ilustración de personajes y videos para objetos de aprendizaje virtuales (OVAS).

En constancia, se expide a solicitud del interesado a los doce días del mes de febrero del 2024 en la ciudad de Cali (V).

Atentamente;

Julio Cesar Bonilla Pardo
Representante legal KM SOLUTIONS
NIT. 901030287-3
C.C No. 94376757
CEL. 3007835906

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-06-25 13:31

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHNNATHAN	CAMILO	RIVERA	BENAVIDES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1085267698

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	PASTO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	PASTO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE CUMBITARA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	NARIÑO	Municipio	CUMBITARA

Dirección	["Cra 5 No.3-66 Barrio Belén"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$2.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14741336081

(415)7707212489984(8020) 000001474133608 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1085267698	7	Impuestos y Aduanas de Pasto 14	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1085267698	2006-09-06

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Nariño 52	Pasto 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIVERA	BENAVIDES	JOHNNATHAN	CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Nariño 52	Pasto 001

41. Dirección principal: CR 1 E # 21 37 BRR

42. Correo electrónico: jhocar28@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3114862569	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
7410	2019-03-15					

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 49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2026 - 03 - 10 / 21 : 28: 39

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 RIVERA BENAVIDES JOHNNATHAN CAMILO
985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1988

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

07-SEP-2006 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2300100-53155941-M-1085267698-20070129 05144 07027B 02 229236501



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.267.698

RIVERA BENAVIDES
APELLIDOS

JOHNNATHAN CAMILO
NOMBRES

Johnnathan Rivera
FIRMA

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES identificado con Tarjeta de Identidad No. 88072873127, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JOHNNATHAN
Segundo Nombre:	CAMILO
Primer Apellido:	RIVERA
Segundo Apellido:	BENAVIDES
Tipo Documento:	Tarjeta de Identidad
Número Documento:	88072873127
Razón para el estado:	En Liquidación
Estado del ciudadano:	Por Liquidar

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 7 días del mes de Junio de 2026, a las 2:45:43 PM.

Cordialmente,



Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

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 viernes 03 de julio de 2026, a las 20:29:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1085267698
Código de Verificación	1085267698260703202913

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298896844

PIB
20:27:46

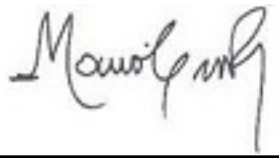
Bogotá DC, 03 de julio del 2026

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) JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1085267698:

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 Politica 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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento 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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:31:58 PM horas del 03/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1085267698**

Apellidos y Nombres: **RIVERA BENAVIDES JOHNNATHAN CAMILO**

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.

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

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, 03/07/2026 08:31:02 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1085267698** y Nombre: **JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES.**

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. **143299365** . 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 Busqueda | Imprimir

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 1085267698 **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 07/06/2026 04:00 PM

Código Verificación: **41EN8DCGUR**

Válida hasta: **05/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Johnnathan Camilo Rivera Benavides, identificado(a) con CC número 1085267698, está registrado(a) en el POS EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1085267698
NOMBRES Y APELLIDOS	Johnnathan Camilo Rivera Benavides
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/07/1988
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	13 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	10 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2024
NIVEL SISBEN	No aplica

Generado por interfaces 26/06/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1085267698
NOMBRES	JOHNNATHAN CAMILO
APELLIDOS	RIVERA BENAVIDES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	PASTO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2020	01/01/2026	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/25/2026 10:06:36	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RIVERA BENAVIDES JOHNNATHAN CAMILO** identificado(a) con **CC** número **1.085.267.698** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de noviembre de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 26 de junio de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1085267698
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	CRA 1 E #21 -37 SANTA BARBARA	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4658352421**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/25		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997240556

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES:										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES:													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES:									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1085267698	RIVERA BENAVIDES JOHNNATHAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	01																230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-25-COLMENA	30	$ 1.750.905	108526769	$ 9.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

Planilla Pagada

Banco Finandina
Banca libre

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BEANVIDES identificado(a) con la cédula N°. **1.085.267.698,** Se encuentra vinculado(a) con el Banco Finandina mediante el siguiente producto.

Producto	Tipo de Cuenta	Número de Producto	Fecha de Apertura	Estado
FLEXI DIGITAL	CUENTA DE AHORRO	9904152616	09-12-2025	Activa

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el 9 de diciembre de 2025

Cordialmente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



El examen médico de salud laboral se realizara por TELECONSULTA ASISTIDA O PRESENCIAL, con autorización del instituto departamental de salud código 52000 REPS del 20/04/ 2020;se realizara llamada telefónica, video llamada etc. o examen presencial, se explica al trabajador, acepta la atención, la cual incluye una anamnesis (cuestionario y/o interrogatorio médico), exploración clínica por video llamada asistida, control biológico (análisis) y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes a su puesto de trabajo, así como una descripción detallada de su historia laboral. (Resolución 2346 de 2007 julio 11),

EXAMEN MEDICO DE SALUD LABORAL DE INGRESO

Fecha: 26 Noviembre 2025	**Departamento: NARIÑO**	**Ciudad: PASTO**	**Nombre: JOHNNATHAN CAMILO RIVERA BENAVIDES**	
Identificación: 1.085.267.698		**Hijos: 0**	**Estado Civil: SOLTERO**	**Teléfono: 3114862569**
Dirección: CRR 1E # 21-37 SANTA BARBARA		**Edad: 37**	**Sexo: MASCULINO**	
Peso: 77		**Estatura: 168**	**IMC: 27.2 SOBREPESO**	
EMPRESA CONTRATANTE: ALCALDIA DE CUMBITARA				
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA: ALCALDIA				
PUESTO DE TRABAJO: DISEÑADOR GRAFICO				
Administradoras: Salud: SANITAS	**Pensión: PROTECCION**		**Riesgos:**	

CONCEPTO DE EXAMEN LABORAL

APRUEBA: SIN RESTRICCIONES

TAMIZAJE DE CORONAVIRUS: Si trabajador presenta los siguientes síntomas: Fiebre mayor a 38° centígrados, tos seca, dolor de cabeza, y dificultad para respirar; DEBE SER ENVIADOS A LA EPS.

RECOMENDACIONES GENERALES: CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA PARA BAJAR DE PESO

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES:

Elementos de protección personal necesario	**TAPABOCAS, GUANTES SEGÚN ACTIVIDADES.**

Capacitaciones en: salud ocupacional, factores de riesgo de oficio.
Higiene Postural, realizar Pausas activas, Vigilancia epidemiológica.
Capacitación sobre Coronavirus (COVID19), que es el virus, como se contagia, como se transmite, como se previene, como evitar contagio, como utilizar adecuadamente los elementos de protección personal, como desinfectar las zonas comunes e interiores.

CLASE DE RIESGO PARA EL EMPLEADO EN SU TRABAJO											
BIOLOGICO	X	FISICO	X	QUIMICO		ERGONOMICO	X	PSICOSOCIAL	X	AMBIENTAL	

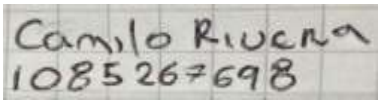
PERFIL EPIDEMIOLOGICO

CON RIESGO: SOBREPESO

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: Realizar actividad física/ deporte, Evitar fumar, Evitar ingesta de Alcohol, control de peso, Alimentación Saludable, espacios de relajación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Para dar cumplimiento al artículo 22 de Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 de 8 de noviembre, el trabajador, cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias para valorar su aptitud laboral conforme a los riesgos en su trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la Vigilancia de la Salud de su empresa. Autorizo a la Dra. Firmante a realizar en mí examen físico y los que sea necesario, por TELECONSULTA ASISTIDA o PRESENCIAL; La Dra. Me explico el propósito y la naturaleza de los mismos; he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar, las respuestas dadas por mí en estos exámenes, están completas y son verídicas y autorizo a Dra.: GALLARDO para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente el certificado laboral, finalmente manifiesto que he leído y comprendido todo lo descrito antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.





DRA: NOHORA A. GALLARDO S.
Gerente en seguridad y salud en el trabajo.
LICENCIA: 2752-05102016

TRABAJADOR:
C.C.#:

DIRECCION: KRA 3RA # 17-104 BARRIO EL LORENZO SEGUNDO PISO
TELF: 3116178643-3006792065 CORREO ELECTRONICO: seguridadsalud89@gmail.com