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
ALFONSO	TUMAY	YEISON

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1115918335	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1115918335 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 07 AÑO 1998	CARRERA 10N 10 37			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CASANARE
DEPTO	CASANARE	MUNICIPIO	TAURAMENA		
MUNICIPIO	TAURAMENA	TELÉFONO	3222463587	EMAIL	yeisontumay1998@hotmail.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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2014
										X				

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	4	X		TECNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD	07	2015	29458151

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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 HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* COORDINADOR DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	09	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* COORDINADOR DE FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	17	*Mes*	07	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADITOR DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADITOR DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6247118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	19	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* AUDITORIA CUENTAS MEDICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	05	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* AUDITORIA CUENTA MEDICAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	23	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 8 63					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	10	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	07	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	07	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6247987	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 15N ° 8 -63						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3125470952	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	09	*Año* 2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 15N 8 63						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVIMEDICAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CASANARE	*MUNICIPIO* TAURAMENA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0986247712	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	06	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FACTURACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 12N 6 47					

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	4	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 Tauramena - octubre 8 - 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Oct 8-2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, YEISON ALFONSO TUMAY

IDENTIFICADO CON: C.C X C.E. T.I. N° 1.115.918.335 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	CASANARE	Municipio	TAURAMENA
Dirección	CARRERA 10 N 10 37			Teléfonos	3222463587

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MIRIAM TUMAY PREGONERO	23.467.740	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	10.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	10.000.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	488401778078	TAURAMENA	$ 100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
MOTOCICLETA	PCR45E	$ 5.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Tauramara 8-10-2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DECLARACIÓN DE CONFLICTO O NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo, Yeison Alfonso Jumay identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1115918335 de Tauramena, manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Tipo de vinculación:

Empleado público de libre nombramiento y remoción	
Empleado público de carrera administrativa	
Empleado público con nombramiento provisional	
Empleado público con nombramiento temporal	
Empleado público de periodo	
Contratista de prestación de servicios	X

Declaro a la firma de este documento que:

Sí:_____ No: X me encuentro en una situación de conflicto de intereses real.

Si su respuesta fue "sí", proceda a llenar la causal de conflicto de intereses:

La causal de conflicto consiste en:

_____
_____
_____
_____

Por lo anterior, solicito se estudie y comunique la decisión que se tome.

Si su respuesta fue "no", pero se encuentra en una situación de conflicto de interés aparente, describa dicha situación y ofrezca toda la información necesaria para demostrar que dicho conflicto no es ni real ni potencial:

Descripción de la situación:

_____
_____
_____
_____

Información relacionada:

_____
_____
_____

Firma _____

Cédula de ciudadanía No. 1115918335 de Tauramena

Fecha 8-6-2026

DECLARACION JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) y en el artículo 40 de la Ley 734 de 2002, declaro tener conocimiento de las situaciones que pueden constituir un conflicto de intereses, así como la importancia de identificarlos y declararlos preventivamente en cumplimiento de la política de integridad pública (Decreto 1499 de 2017).

Yo, Yeison ALFONSO Turay, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1115918335 de Tauramena, manifiesto bajo la gravedad del juramento, de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989 y el artículo 299 del C.P.C., lo siguiente:

PRIMERO: Bajo gravedad de juramento declaro que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad legal establecidas en la Constitución Nacional, ni el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y normas concordantes y que, tampoco, me hallo en ninguno de los eventos de prohibición especial para contratar con el Estado; en especial, que no aparezco reportado en el boletín de Responsables Fiscales vigentes, expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ni en los boletines de deudores morosos de las Entidades Estatales, según lo dispuesto en el parágrafo 3 de la Ley 716 de 2001.

SEGUNDO: Igualmente, declaro, bajo la gravedad de juramento, que NO TENGO PROCESOS ALIMENTARIOS PENDIENTES EN CONTRA, ante la jurisdicción civil, ni penal y que cumpliré con mis obligaciones de familia.

Lo anterior está sujeto a veracidad probatoria.

Se firma la presente a los 8 días del mes de Octubre del año 2026

Nombre: Yeison Alfonso Turay
C.C. No. 1115918335

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.115.918.335

ALFONSO TUMAY

APELLIDOS

YEISON

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUL-1998

TAURAMENA
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

18-JUL-2016 TAURAMENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4685000-00849229-M-1115918335-20160915 0051181945A 1 46647800

FORMATO DE COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

Información General

Nombre completo: Yelson Alfonso Tumay

Tipo y Número de identificación: cedula 1115918735

Dirección: cra 10 N10 07

Teléfono: 3222467597

Correo electrónico: yelsontumay1998@Hotmail.com

Objeto del contrato:
Prestar asistencia tecnica para desarrollar actividades relacionadas con la conduccion de la tactica de servicios de salud y apoyar las actividades inherentes en el proceso de Gestion Administrativa y financiera tendientes a coadyuvar al cumplimiento del Plan de Gestion Institucional de la ESE hospital

COMPROMISO DE ANTICORRUPCIÓN

El suscrito, en calidad de Contratista, manifiesto libre y voluntariamente que:

1. Reconozco y respaldo el compromiso del Estado colombiano y de la E.S.E Hospital Local de Tauramena con la transparencia, la probidad y la lucha contra la corrupción en todos los procesos contractuales.

2. Me comprometo a apoyar y respetar las acciones y políticas institucionales orientadas al fortalecimiento de la transparencia, la legalidad, y el ejercicio efectivo del control social y de la rendición de cuentas en el marco del presente proceso contractual.

3. Declaro que no he ofrecido, ni ofreceré, ni entregaré dádivas, sobornos, favores, regalos, pagos en especie, invitaciones, ni ningún otro tipo de incentivo indebido a funcionarios públicos o a terceros relacionados con el proceso de contratación, con la finalidad de influir de manera ilegítima en el desarrollo del mismo o en la ejecución del contrato.

4. Me abstendré de realizar cualquier acuerdo, pacto o conducta que conlleve colusión, reparto, manipulación o alteración indebida de las condiciones del proceso de selección, así como de cualquier práctica que atente contra la libre y sana competencia.

5. Declaro que mis actuaciones se rigen por los principios de ética, legalidad, integridad y buena fe, y que no se ha incurrido ni se incurrirá en ninguna conducta que comprometa la legalidad del proceso o del eventual contrato derivado del mismo.

6. Acepto que, en caso de incurrir en cualquiera de las conductas anteriormente descritas, asumiré las consecuencias administrativas, contractuales, civiles y penales que se deriven, conforme a lo dispuesto por la legislación colombiana vigente, en especial lo previsto en la Ley 1474 de 2011, el Código Penal, y demás normas aplicables en materia de lucha contra la corrupción.

En constancia de lo anterior, firmo el presente compromiso de manera voluntaria.

Nombres y apellidos: Yelson Alfonso Tumay

Firma:

C.C. / NIT: 84001287

Lugar y fecha: Tauramena 8-10-26

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El suscrito contratista, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, manifiesto que he sido informado por parte de la E.S.E Hospital Local de Tauramena, sobre lo siguiente:

1. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena, en calidad de responsable del Tratamiento de mis datos podrá recolectar, almacenar y usar mis datos personales de los cuales soy titular, conforme a su Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad y normatividad aplicable.

2. Que es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

3. Que como titular de los datos personales tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los mismos.

4. Que dichos derechos podrán ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la E.S.E Hospital Local de Tauramena, y de conformidad con lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales.

5. Que cualquier requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales podrá ser radicado a través del correo electrónico: esehospitaltauramena@esehospital-tauramena-casanare.gov.co.

6. Que la E.S.E Hospital Local de Tauramena garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos personales.

7. Que la E.S.E se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento, informando y publicando oportunamente dichos cambios en su página web.

Por lo anterior, AUTORIZO de manera voluntaria, previa, expresa, informada e inequívoca a la Empresa Social del Estado Hospital Local de Tauramena, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales, para los fines relacionados con su objeto social, y en especial para los fines legales, contractuales y misionales descritos en dicha política.

Declaro que la información suministrada es verídica y ha sido entregada de manera voluntaria.

Firma del contratista: 

Nombre completo: Yeison Alfonso Tuma

Tipo y número de identificación: CC 1115918335

Fecha: 3-10-2026

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

El suscrito contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto en forma libre y voluntaria, de manera unilateral, en mi propio nombre y en el del personal que, de acuerdo con el objeto contractual, llegue a vincular para su ejecución, así como en cumplimiento de los términos establecidos para el desarrollo del siguiente objeto contractual:
Prestar asistencia tecnica para desarrollar actividades Administrativas con la coordinacion de la facturacion de servicios de salud y apoyar las actividades inherentes en el proceso de Gestion administrativa y Auditoria concurrente a cualquier

Me comprometo a cumplir con el COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD frente al proceso de contratación a ejecutar.

Reconozco que es mi responsabilidad guardar estricta reserva sobre la información confidencial, clasificada o reservada a la cual tenga acceso o conocimiento durante el desarrollo del proceso contractual.

En caso de contar con personal vinculado para la ejecución del contrato, me comprometo a impartir las instrucciones necesarias para que se dé cumplimiento riguroso al presente compromiso de confidencialidad, garantizando que dichos terceros no divulguen, publiquen, comuniquen ni revelen información confidencial a funcionarios o personas no autorizadas para recibirla.

Me comprometo a actuar con la mayor diligencia en la custodia, uso y tratamiento de la información confidencial, absteniéndome de entregar dicha información, incluso a funcionarios de la entidad, que no cuenten con la debida autorización. En todo caso, dicha entrega solo podrá efectuarse mediante autorización previa, expresa y por escrito del titular de la información o de la persona responsable de la Seguridad de la Información en la entidad.

Me comprometo también a no publicar información alguna por medios de comunicación electrónicos, digitales o físicos que permita el acceso de terceros no autorizados a información confidencial, clasificada o reservada de la institución.

En caso de incumplimiento, acepto asumir la responsabilidad individual o solidaria por cualquier trasgresión que se derive de mi actuar o del actuar de las personas vinculadas para la ejecución del contrato, incluyendo la obligación de resarcir o indemnizar civil, penal y administrativamente a la E.S.E Hospital Local de Tauramena por los daños ocasionados, hasta el restablecimiento pleno de su situación jurídica.

El presente Compromiso de Confidencialidad, así como las obligaciones derivadas del mismo, permanecerán vigentes aún después de finalizado el vínculo contractual, conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y atendiendo a la naturaleza sensible de la información que maneja la entidad, sin límite de tiempo.

Firma del contratista: _____

Nombre completo: Yelson Alfonso Torres

Tipo y número de identificación: 1115912335, cedula

Ciudad y Fecha: 09-octubre-2026 - Tauramena

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14970187707

(415)7707212489984(8020) 000001497018770 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 5 9 1 8 3 3 5	1	Impuestos y Aduanas de Yopal 4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 5 9 1 8 3 3 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALFONSO	TUMAY	YEISON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Tauramena 4 1 0

41. Dirección principal: CR 10 10 37 BRR LA FLORIDA

42. Correo electrónico: yeisontumay1998@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 2 4 6 3 5 8 7	

CLASIFICACIÓN

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 2 9 9	2 0 1 9 0 8 0 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

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20													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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-01-03 / 04:02:06PM

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALFONSO TUMAY YEISON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE



1115918335



NOMBRES: YEISON

APELLIDOS: ALFONSO TUMAY

Bachiller

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 1861 DE 2017

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2028	2038	2048

FECHA DE EXPEDICIÓN: 27/08/2019

DISTRITO MILITAR: 009

P277461

CA. MILTON CESAR ESCOBAR GALLEGO

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

El Instituto Educativo del Llano

TAURAMENA - CASANARE

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento de Casanare, según Resolución No. 2324 del 3 de Noviembre de 2009.

CONFIERE A

Yeison Alfonso Tumay

Identificado (a) con T.I No. 980702-57360 de TAURAMENA CASANARE

El Certificado de Estudios del Bachillerato Básico

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica según los planes y programas vigentes.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

Diploma

RECTOR

SECRETARIA

INSTITUTO EDUCATIVO DEL LLANO
TAURAMENA - CASANARE

DADO EN TAURAMENA CASANARE A 28 DE NOVIEMBRE DEL 2013.

ESTE DIPLOMA NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, SEGÚN DECRETO No. 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994.

Scanned by TapScanner

ACTA DE GRADO

Dirección: Tauramena - Diagonal 8 No 12/96 Teléfono: 098-6247119

INSTITUTO EDUCATIVO DEL LLANO TAURAMENA - CASANARE

Jornada: Mañana

DANE: 185410001004
Nit: 900256963-1

En la ciudad de Tauramena Casanare a los cinco (05) día del mes de Diciembre del año 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del educación media, los suscritos Rector y Secretaria del

INSTITUTO EDUCATIVO DEL LLANO

Institución aprobada en el nivel de Educación Media, autorizada por la Secretaría de Educación Departamental de Casanare para otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO,** según resolución número 2324 del 03 de Noviembre de 2009.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes nivel de Educación Media se procedió a otorgar el TITULO DE **BACHILLER ACADEMICO,** al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

YEISON ALFONSO TUMAY

Identificado (a) con T.I.980702-57360 de Tauramena, Casanare

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación número 016 de fecha 05 de Diciembre de 2014 que consta de cuarenta y ocho (48) graduandos que comienza con el nombre de DANNA VALENTINA ABRIL RONCANCIO y se cierra con el nombre de DIANA CAROLINA ZORRO CADENA, firmado y sellado por el Licenciado MARIO ALEXANDER RUIZ Rector, LUDY YAZMIN ROA ALONSO Secretaria.

Dada en Tauramena Casanare, a los cinco (05) días del mes de Diciembre de dos mil catorce 2014.

Firmado y Sellado

Lic. MARIO ALEXANDER RUIZ
C.C. No 93.340.561 de Falan Tolima
Rector.

Sra. LUDY YAZMIN ROA ALONSO
C.C. No 1.115.911.109 de Tauramena
Secretaria.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

YEISON ALFONSO TUMAY

Con Cedula de Ciudadania No. 1.115.918.335

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Tauramena, a los veintiseis (26) dias del mes de julio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
JOHANA ASTRID MEDINA PENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL GRADO 04 CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

29458151 - 26/07/2017
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 951900965719CC1115918335C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YEISON ALFONSO TUMAY

Con Cedula de Ciudadania No. 1115918335

Cursó y aprobó la acción de Formación

FACTURACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Barranquilla. a los siete (7) días del mes de noviembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por



CARMEN SOFIA DAZA BELTRAN
Subdirector (E)
CENTRO PARA EL DESARROLLO AGROECOLÓGICO Y AGROINDUSTRIAL
REGIONAL ATLÁNTICO

71036674 - 07/11/2020
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9103002205503CC1115918335C.

Tauramena, Febrero 21 de 2023

LA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA

HACE CONSTAR:

Que una vez revisado el Archivo Histórico de esta entidad reposa documentación en la cual consta que **YEISON ALFONSO TUMAY**, Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.115.918.335 de Tauramena, presta sus servicios mediante Contrato de Prestación de Servicios, especificado así:

CLASE DE ORDEN	FECHA	OBJETO	PLAZO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 197	SEPTIEMBRE 06 DE 2019	PRESTAR SERVICIOS COMO FACTURADOR EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES Y 15 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 009	ENERO 09 DE 2020	PRESTAR SERVICIOS COMO FACTURADOR EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	11 MESES Y 23 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 012	ENERO 08 DE 2021	EJECUTAR ACTIVIDADES DE FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD APLICABLE AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PREVISTO EN EL MACROPROCESO DE APOYO DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	6 MESES
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 168	JULIO 08 DE 2021	EJECUTAR ACTIVIDADES DE FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD APLICABLE AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PREVISTO EN EL MACROPROCESO DE APOYO DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 251	OCTUBRE 08 DE 2021	EJECUTAR ACTIVIDADES DE FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD APLICABLE AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PREVISTO EN EL MACROPROCESO DE APOYO DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	2 MESES Y 23 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 004	ENERO 07 DE 2022	CONTRATAR LA ASISTENCIA TÉCNICA DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS DE SALUD CON EL FIN DE APOYAR LAS ACTIVIDADES DEL SUBPROCESO DE FACTURACIÓN QUE INTEGRA EL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA TENDIENTE A COADYUVAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN: "MAS SALUD, ES EQUIDAD: UN HOSPITAL QUE NOS UNE" 2020-2024 DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES Y 9 DIAS CALENDARIO
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 123	MAYO 24 DE 2022	EJECUTAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PRE-AUDITORIA TECNICA DE FACTURACION PREVIA A LA RADICACION DE CUENTAS, BRINDADA EN EL MARCO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES QUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION TENDIENTE A COADYUVAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN: "MÁS SALUD, ES EQUIDAD: UN HOSPITAL QUE NOS UNE" 2020-2024 DE ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	3 MESES
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 155	AGOSTO 25 DE 2022	EJECUTAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PRE-AUDITORIA TECNICA DE FACTURACION PREVIA A LA RADICACION DE CUENTAS, BRINDADA EN EL MARCO DE LA PRSTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES QUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION TENDIENTE A COADYUVAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION: "MAS SALUD, ES EQUIDAD: UN HOSPITAL QUE NOS UNE" 2020-2024 DE LA ESE	4 MESES Y 15 DIAS CALENDARIO

		HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. 021	ENERO 20 DE 2023	APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES QUE INTEGRAN EL SUB-PROCESO DE FACTURACION CON LA EJECUCION DE LA PRE-AUDITORIA TECNICA DE CUENTAS MEDICAS BRINDADA EN EL MARCO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, TENDIENTE A COADYUVAR EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTION: "MAS SALUD, ES EQUIDAD: UN HOSPITAL QUE NOS UNE" 2020-2024 DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA.	4 MESES

La presente constancia se expide a solicitud del interesado.

LEYDY VIVIANA LOZANO GUZMAN

Servimédicas
I.P.S.

LA GERENTE DE SERVIMEDICAS LTDA

CERTIFICA

Que el señor **YEISON ALFONSO TUMAY,** identificado con cedula de ciudadanía No 1.115.918.335 de Tauramena, laboro en nuestra institución desde el día 08 de junio del año 2.018 hasta 30 de junio del 2019, desempeñando el cargo de Aux Administrativo y Facturación II; según contrato de prestación de servicios. Acreditando experiencia, cumplimiento, honestidad y disciplina.

Dada a solicitud del interesado en el municipio de Tauramena a los 2 días del mes de septiembre del 2019.

Servimédicas I.P.S.
NIT. 832.000.532-5
GERENTE

JACKELINE RAPIRA MORALES

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

YEISON ALFONSO TUMAY

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.115.918.335

Asistió al Curso de:

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA IAMI INTEGRAL (IAMI)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 28 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO ACADEMICO@IMAVSS.COM ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

YEISON ALFONSO TUMAY

Con Cedula de Ciudadania No. 1.115.918.335

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Tauramena, a los veinte (20) días del mes de Agosto de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL GRADO 04
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE
REGIONAL CASANARE

35662468 - 20/05/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9519001182783CC1115918335C.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 52c89482-5243-4671-b969-914ff66f5de

Nombres y apellidos / Full name: **YEISON ALFONSO TUMAY**

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

Número de identificación / ID Number: **1115918335**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **02/07/1998**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3222463587**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID SINOVAC	Primera	01	03	2021		A2021010044	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
COVID SINOVAC	Segunda	29	03	2021		E202102011	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	07	2021		V50221005	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	ANA JUDITH PARRALES PINTO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	20	04	2024	Green Cross	V50524002	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	06	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	GLORIA HELENA SANCHEZ RONDON - CC23467755 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	09	03	2026	Serum	0094W003	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	HERMES GONZALEZ CACHAY - CC9656141 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	18	08	2026	SEQIRUS	025526	TAURAMENA ESE HOSPITAL LOCAL	CLAUDIA CALIXTO GAITAN - CC23467997 - INACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	30	09	2026		24GHBV015	SERVICIOS MEDICOS DEL CASANARE SAS	NUBIA EDITH SANCHEZ PINEDA - CC1030525421 - 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.

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yeison

Apellidos: Alfonso Tumay

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1115918335

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 07 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	24-07-1999	Tovarito	Hernes G.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	06-10-20	220800619B	Urgencias
	2	13-11-2022	0800619B	Nelvy R.
	3	23-07-21	220800620A	Hernes G.
	4	cita 10 años		
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	30-09-26	246H0	Aux. de Enfermería Vacunación Reg. 6592
	2	(14-9-)		
	3	30-10-2026		
		25688915 JUL25	Elovac-B JUN28	
Influenza estacional	Anual	9-10-20	V5022017	Nubia S.
Otras	Influenza V	16-07-21	V5022006	Hernes G.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304132301

PIB
01:09:56

Bogotá DC, 02 de octubre 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) YEISON ALFONSO TUMAY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1115918335:

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.

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 02 de octubre de 2026, a las 01:11:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1115918335
Código de Verificación	1115918335261002011116

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:13:03 AM horas del 02/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1115918335**

Apellidos y Nombres: **ALFONSO TUMAY YEISON**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

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, 02/10/2026 01:16:34 a. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1115918335**

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. **148828527** . 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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1115918335 **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 02/10/2026 01:18 AM

Código Verificación: **ZT31FQ6LB2**

Válida hasta: **02/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:29:09 horas del 02/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1115918335,** Apellidos y Nombres **ALFONSO TUMAY YEISON**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA**, con NIT **844001287-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YEISON ALFONSO TUMAY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.115.918.335**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 Yeison Alfonso Tumay, identificado(a) con CC número 1115918335, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1115918335
NOMBRES Y APELLIDOS	Yeison Alfonso Tumay
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	02/07/1998
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2025
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1115918335 YEISON ALFONSO TUMAY Desde 01/08/2025 - Vigente

Generado por interfaces

02/10/2026

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115918335		ALFONSO TUMAY YEISON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 10 n 10 37	TAURAMENA-CASANARE	3222463587	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-08	2026-08	650557425	9509884559	I	2026/09/08	2026/09/14	BANCO DAVIVIENDA	6	$546,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1115918335	ALFONSO TUMAY YEISON	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF69	30	$1,750,905	$35,100	14-23	30	$1,750,905	$9,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$100	$0	$9,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$100	$0	$9,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$200	$0	$35,300
COMFACASANARE	CCF69	844,003,392	8	1	$35,100	$200	$0	$35,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
TOTAL				1	$543,400	$2,600	$0	$546,000

PLANILLA PAGADA

DARILAB S.A.S IPS
Nit. 900635772 - 8
Dirección: CALLE 3 No 12-76 CENTRO
Tel: 3103291099

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **16/07/2025 11:21:00**

Empresa **PARTICULAR**

Doc. Identidad **CC 1115918335** Nombre **YEISON ALFONSO TUMAY**

Cargo **COORDINADOR DE FACTURACION**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN POR MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Cumple con las condiciones requeridas para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

-EN CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 223 25/02/2021, COLABORADOR SIN VULNERABILIDAD POR COMORBILIDAD PARA COVID 19. APLICAR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD CONTRA COVID 19 SEGÚN LINEAMIENTOS DE MINSALUD, IMPLEMENTADO POR EL EMPLEADOR.
-USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN PERFIL DEL CARGO
-CUMPLIMIENTO ESTRICTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE SOBRE MANIPULACION DE CARGAS.
-CUMPLIMIENTO ESTRICTO AL PROGRAMA DE LA EMPRESA DE PAUSAS ACTIVAS.
-ACONDICIONAMIENTO FÍSICO PREVIO A ESFUERZO FÍSICO O ACTIVIDAD LABORAL
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA ADECUADA DE FORMA REGULAR EN LO POSIBLE DIARIA.
-CONTROL VISUAL ANUAL.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

Autorizo al Doctor(a) abajo mencionado, a realizar el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) explicándome de forma clara y concisa la naturaleza y propósito de los mismos, entendiendo los beneficios, limitaciones y riesgos de los exámenes, declaro que fui informado de los procedimientos y resultados por lo tanto Autorice plenamente la realización de los mismos, se me garantiza la confidencialidad en el manejo de mi información.

Dr. ALBERTO MURILLO SANCHEZ
Med. Esp. en SST
RM:73 0811/2004
LSO:8553/2023

Trabajador: YEISON ALFONSO TUMAY
CC: 1115918335
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica