DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141225253650

(415)7707212489984(8020) 000014122525365 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 0 9 1 6 3 1	8	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 0 9 1 6 3 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca	2 5	Macheta	4 2 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	TORRES	ANGEL	OCTAVIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá	1 5	Somondoco	7 6 1

41. Dirección principal: CL 3 N # 2 - 36 CA

42. Correo electrónico: angelmoreno3091@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 5 3 0 3 0	3 1 3 4 1 3 4 2 9 8	3 2 0 3 1 8 7 8 4 6

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
5 2 2 9	2 0 2 5 0 1 1 0	4 5 2 0	2 0 2 5 0 1 1 5				

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 2025-12-13 / 04:25:48PM

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 MORENO TORRES ANGEL OCTAVIO

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304227647

PIB
16:22:29

Bogotá DC, 04 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) ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 3091631:

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 domingo 04 de octubre de 2026, a las 16:26:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	3091631
Código de Verificación	3091631261004162640

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:49:56 PM horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **3091631**

Apellidos y Nombres: **MORENO TORRES ANGEL OCTAVIO**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 05/10/2026 05:41:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **3091631** y Nombre: **ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES.**

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. **149019325** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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 3091631 **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 06/10/2026 04:20 PM

Código Verificación: **B18L6U97NW**

Válida hasta: **06/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 3.091.631
MORENO TORRES

APELLIDOS
ANGEL OCTAVIO

NOMBRES
Angel Moreno

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1981
MACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
26-ENE-2001 MACHETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-0728000-01521086-M-0003091631-20250822 0147141645G 2 8516247980

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO EJERCITO NACIONAL

C E R T I F I C A

Que el señor **ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 3091631, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	ANGEL
Segundo Nombre:	OCTAVIO
Primer Apellido:	MORENO
Segundo Apellido:	TORRES
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	3091631
Estado Tarjeta Militar:	CONCENTRACIÓN - INCORPORADO

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

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 4 días del mes de OCTUBRE de 2026, a las 17:38:29.

Cordialmente,

CR ROBERTO MOYA CARMONA
Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

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
Moreno	Torres	Angel Octavio

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 3091631

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 08 AÑO 1981

PAÍS

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO EMAIL angelmoreno3091@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).

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)

minerva
10-03

HOJA DE VIDA ORIGINAL MINERVA 1003

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo al que aspira

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Moreno Torres	Angel Octavio
Fecha de nacimiento (D / M / A)	**Lugar de nacimiento**
20 / 08 / 1881	Macheta - Cundinamarca
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Calle 5-1-86	Somondoco
Teléfono	**N°. Celular**
3134134298	3134134298
Correo electrónico	**Nacionalidad**
Angelmoreno3091@gmail.com	Colombiano

FOTOGRAFÍA RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
Mecanico	Soltero	

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X] No. 3091637	(**) Libreta militar No.	Primera clase: [ ]	
Extranjería: [ ] Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: [ ]	
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí [ ] No [ ]	Licencia de conducción No.	Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí [ ] No [X]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí [X] No [ ]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí [ ] No [ ] — Nombre — Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí [ ] No [X]	Nombre — Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Redes Sociales [ ] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí [ ] No [X]	Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [ ] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono — ¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí [ ] No [ ]	Describalo e indique su valor mensual		¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $
¿Por qué conceptos?			¿Cuánto es su aspiración salarial? $
¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí [ ] No [ ] — ¿Cuál(es)?		

¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros?
Sí [ ] No [ ] ¿Cuál(es)?

19706008

7 702124 007813

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja
Lucy Yamile Chivata G.	Ama de Casa	

Cargo actual	Dirección	Teléfono	Ciudad
Ama de casa	Somondoco	3203187846	Somondoco

No. de personas que dependen económicamente de usted	Parentesco	Edades
X	hijo	11 años

Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)
Kevin Santiago Salinas	Estudiante	3203187846

Nombre(s) hermano(s)	Profesión, ocupación u oficio	Teléfono(s)

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria					
Bachillerato Académico [X] Técnico [ ] Comercial [ ] Otro [ ]	2001	11	Bachillerato	Juan Jose Neira	Macheta
Educación Superior Técnico [ ]					
Tecnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Posgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Sí [ ] No [ ]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario		
	Diurno [ ]	Nocturno [ ]	Fin de semana [ ] A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de domino **R-Regular** (50 a 60%) **B-Bueno** (61 a 80%) **MB-Muy Bueno** (81 a 100%)

Sistemas Si [ ] No [ ]	1.	R B MB	3.	R B MB			
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB			
Idiomas		Escucha	Lectura	Escritura	Habla		
Si [ ] No [ ]	1.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB		

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ULTIMA PAGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERAN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)
Alcaldia Somondoco		Calle 05 # 3-14	3212490320

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final
Operario de Tractor		D 29 M 01 2026	D 28 M 07 2026	$	$

Funciones realizadas: Actividades de Retobo y Arado

Nombre de su jefe inmediato	Cargo
Jimena Alexandra Nieto	Secretaria de Gobierno

Logros obtenidos:

Tipo de contrato: Indefinido [ ] ¿Cuánto tiempo? Fijo [X] 6 meses — Contrato directo con la empresa [X] Contrato por medio de agencia [ ] — Otro [ ] ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo [ ] 1/2 Tiempo [ ] Por horas [X] — Jornada: Diurna [ ] Nocturna [ ] Otra jornada [ ]

Motivo del retiro:

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada

Motivo del retiro

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección	Teléfono(s)

Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso D M A	Fecha Retiro D M A	Sueldo Inicial $	Sueldo Final $

Funciones realizadas

Nombre de su jefe inmediato | Cargo

Logros obtenidos

Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Fijo ☐ Contrato directo con la empresa ☐ Contrato por medio de agencia ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐ Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐

Motivo del retiro

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Epaminondas Marin	Conductor de retroexcavadora	Soatama	3132030213
2.	Jorge Garzón	Medico	Guadeque	3102092428

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.	Cirody Moreno	Oficios Varios	Guina-Machefa	3132122516
2.	Ana maria Torres	Ama de casa	Guina-Machefa	3163659281

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. X Marque con una X

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi, en la presente hoja de vida, son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1°) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Angel Octavio Moreno
C.C. 3091631

minerva

© by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

VIII. NOTAS ADICIONALES

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Alcaldía Municipal de SOMONDOCO

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 3,091,631 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	SOMONDOCO
Dirección	CALLE 05 No. 1-86			Teléfonos	3134134298

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA MARIA TORRES BERNAL	20.728.094	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 X** **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	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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 AGRARIO	AHORROS	415792028662	SOMONDOCO-BOYACÁ	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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** 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

Angel Marena
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Somondoco 04-10-2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-0AP

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | CC | N.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 3091631 de MACHETA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3134134298
y/o correo electrónico: angelmoreno3091@gmail.com

SÍ☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Angel Moreno

Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 3091631
Fecha de Solicitud: 06/10/2026
Dirección: CL 5 NO 1 86
Tel: 3134134298 Municipio: SOMONDOCO
Departamento: BOYACA
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr (a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
INDEPENDIENTE	NINGUNA	COLPENSIONES	$1750905	SI		SI	X
				NO	X	NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno		Secundaria		Normalista		Profesional		Doctorado	
Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnica Profesional		Especialización		Último Grado	
Básico Primaria		Media técnica (bachillerato básico)	X	Tecnológica		Maestría		Aprobado	

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista X Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato: 06/10/2026 Fin Contrato:

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA: RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 5° DE 1998 Y ART. 50 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Cristobal Becerra Saenz	A1833		

30533653

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 682681

FECHA DE RADICACION: 06 10 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CODIGO: A1833

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MORENO | SEGUNDO APELLIDO: TORRES | PRIMER NOMBRE: ANGEL | SEGUNDO NOMBRE: OCTAVIO
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 3091631 | 11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro — Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / CUNDINAMARCA / MACHETA | 15. FECHA NACIMIENTO: 20 08 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORIA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X] | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL: NINGUNA
23. AFP: COLPENSIONES | 24. IBC: $1,750,905.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: CL 5 NO 1 86
TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3134134298 | CORREO ELECTRÓNICO: angelmoreno3091@gmail.com | DEPARTAMENTO: BOYACA
MUNICIPIO/ DISTRITO: SOMONDOCO | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS: 7225

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS / DEPART. / MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO / DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL / CENTRO POBLADO / RURAL DISPERSO / RESTO RURAL
B1							I II						
B2							I II						
B3							I II						
B4							I II						
B5							I II						

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCION	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRONICO	53. IPS	54. CODIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación: NI TI CC CE SC PA CD PT | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCION | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRONICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCION EPS RETORNO AL PAIS 1 RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO [ ]
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 06 10 2026 | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Páginas Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Angel Moreno

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT — Cantidad: — Total:
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos:

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Número de Documento de Identidad | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACION: DIA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA MES AÑO
OBSERVACIONES:

VIGILADO

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

DRA. ADRIANA GRIJALBA
NIT 52429374-
Cra. 7ª No. 8-35 Local 4 Tel. (312) 510-8161

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL
Resolución 1843 de 2025

GUATEQUE - BOYACÁ

Por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.



Identificación: CC 3091631 Fecha Nac.:20/08/1981 Edad: 44 Año(s), 3 Mes(es) y 27 Día(s) Fecha de Realización: 17/12/2025
Paciente: MORENO TORRES ANGEL OCTAVIO Sexo: M
Dirección: CALLE 5 # 1 - 86 CENTRO SOMONDOCO (Boy.) Teléfono: / 3134134298
Entidad: PARTICULAR
Afiliación: Otro Nivel : 2 No. Admisión: 9956

Empresa
Cargo CONTRATISTA
ARL DESCONOCIDO02

Salud Ocupacional

Tipo de Evaluación

Ingreso ☑ Post Incapacidad ☐ Periodico ☐ Concepto Medico Laboral ☐ Retiro ☐ Otros ☐

Riesgos a los que va a estar Expuesto el Trabajador

Icontec NTC 045 ☑ Físico ☑ Psicolaboral ☑ Químico ☑ Ergonómico ☑ Eléctrico ☑ Otros ☐

Antecedentes Ocupacionales

Exámenes Practicados

Audiometría	☐ Si	☑ No	Colesterol	☐ Si	☑ No	Hemoclasificación	☐ Si	☑ No
Visiometría	☑ Si	☐ No	Triglicéridos	☐ Si	☑ No	KOH Uñas	☐ Si	☑ No
Espirometría	☐ Si	☑ No	Glicemia	☐ Si	☑ No	Frotis de Garganta	☐ Si	☑ No
Optometría	☐ Si	☑ No	Creatinina	☐ Si	☑ No	Electrocardiograma	☐ Si	☑ No
Serología	☐ Si	☑ No	Colinesterasa	☐ Si	☑ No	RX Columna	☐ Si	☑ No
Coprológico	☐ Si	☑ No	Baciloscopia	☐ Si	☑ No	RX Tórax	☐ Si	☑ No
Parcial de Orina	☐ Si	☑ No	Cuadro hemático	☐ Si	☑ No	Otros	☐ Si	☑ No
			Examen Médico por Especialista	☑ Si	☐ No	E. Osteomuscular	☑ Si	☐ No

Descripción Reporte Exámenes Practicados

Trabajos Especiales

Altura ☐ Si ☐ No ☑ N/A Espacios Confinados ☐ Si ☐ No ☑ N/A Manipulación de Alimentos ☐ Si ☐ No ☑ N/A Otros ☐ Si ☐ No ☑ N/A

Recomendaciones de Orden Ocupacional y Patronal

Uso de Elementos de Protección Personal	☑ Si	☐ No	Pausas Activas	☑ Si	☐ No
Restricción Laboral	☐ Si	☑ No	Capacitación para el Cargo	☐ Si	☑ No
Rehabilitación por EPS o ARL	☐ Si	☑ No	Continuar Incapacidad	☐ Si	☑ No
Incluir en Programa de Vigilancia Epidemiológica	☐ Si	☑ No	Inducción al Cargo	☐ Si	☑ No

Recomendaciones de Orden General

Manejo de Patología por EPS	☐ Si	☑ No	Bajar de Peso	☐ Si	☑ No
Hábitos Saludables en Alimentación	☑ Si	☐ No	Realización de Actividad Física	☑ Si	☐ No
Medicación Transitoria o Permanente	☐ Si	☑ No	Uso de Elementos de Ortesis o Protésicos	☐ Si	☑ No
Valoración por Medicina y/o Otros	☑ Si	☐ No	Otras Recomendaciones	☑ Si	☐ No

¿Otras - Cuales?
ASISTIR A LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DEL CICLO DE LA ADULTEZ - HIGIENE POSTURAL - ADECUADO MANEJO DE CARGAS - EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO - EVITAR PERMANECER EN UNA SOLA POSICION POR MAS DE DOS HORAS

CONCEPTO GENERAL

Sin defecto físico, ni enfermedad que interfiera su capacidad laboral para la labor asignada	☑	Aplazado hasta valoración por Especialista	☐
Con defecto físico o enfermedad corregible que NO interfiere su capacidad laboral para la labor asignada	☐	Examen de Retiro Satisfactorio	☐
Con defecto físico o enfermedad corregible que interfiere su capacidad laboral para la labor asignada	☐	Examen de Retiro NO satisfactorio	☐
Con defecto físico o enfermedad que interfiere su capacidad laboral para la labor asignada	☐	Apto para trabajo Seguro en Alturas	☐

Ampliación de Recomendaciones

SEGUIR RECOMENDACIONES DEL EMPLEADOR DE ACUERDO PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA - DIETA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS - EJERCICIO REGULAR DE 150 MIN SEMANALES

Según la Resolucion 1918 del 2009 , la firma y entrega de la presente certificacion indica que el medico especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo se hace responsable de la custodia de la Historia Clinica Ocupacional del Trabajador.

Firma Profesional

. GRIJALBA FUERTES ADRIANA FERNANDA, Medico Seguridad y Salud en el Trabajo
524293740
RM 1044
Universidad Javeriana

DRA. ADRIANA FERNANDA GRIJALBA FUERTES
MEDICA CIRUJANA
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RM. 1593 DE 2021
LICENCIA 652
RESOL 1044 - 2020

Firma del Aspirante o Trabajador

Angel Moreno
3091631

miércoles, 17 de diciembre de 2025
Impreso por: Asis v2.0.00 - alxo.com.co
Servidor - GRIJALBA FUERTES - 084620171225

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: MORENO TORRES ANGEL OCTAVIO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 3091631, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-157-92-02866-2, con una antigüedad de (0) año(s) y a la fecha se encuentra activa.

Se expide en SOMONDOCO, a los quince (15) días del mes de diciembre de 2025, con destino a: SOLICITUD DEL INTERESADO

Banco Agrario de Colombia
SOMONDOCO - BOYACA
DIRECTOR (A) OFICINA
FIRMA AUTORIZADA

LA SECRETARIA DE PLANEACION Y DE OBRAS DEL MUNICIPIO DE SOMONDOCO – BOYACÁ ENCARGADA DEL IMPULSO CONTRACTUAL

HACE CONSTAR QUE:

ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES identificado con C. C. No. 3.091.631 expedida en Macheta, prestó sus servicios al municipio de Somondoco, mediante Contrato de Prestación de Servicios, de acuerdo con la siguiente información, obtenida tras revisión del archivo contractual municipal:

	DESCRIPCIÓN
No. CONTRATO	C-MS-CD-032-2026
CONTRATISTA	ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, CONSISTENTES EN LA OPERACIÓN, VIGILANCIA Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE MAQUINARIA AGRÍCOLA EN GENERAL, ESPECIALMENTE EL TRACTOR, PROPIEDAD DEL MUNICIPIO DE SOMONDOCO BOYACÁ, ORIENTADOS AL CUMPLIMIIENTO DE METAS DEL PLAN DE DESARROLLO "TODO PUEDE SER MEJOR 2024-2027
FECHA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	VEINTINUEVE (29) DE ENERO DE 2026
VALOR DEL CONTRATO	$ 15.000.000
VALOR TOTAL	$ 15.000.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	VEINTIOCHO (28) DE JULIO DE 2026
ESTADO ACTUAL	LIQUIDADO

Se expide a solicitud del interesado, a los catorce (14) días del mes de octubre del dos mil veintiséis (2026).

ALCALDÍA MUNICIPAL SOMONDOCO

Ing. LEIDY JOHANA TOLOZA GIL
Secretaria de planeación y de obras

Proyectó: Amanda Garzón – Secretaria Despacho

Alcaldía Municipal de SOMONDOCO	MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN "MIPG" ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOMONDOCO Nit 800.029.826-5	VERSIÓN 03 04/03/2024
	SECRETARIA DE HACIENDA Y TESORERIA	Código: PAZ Y SALVO

LA SUSCRITA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE SOMONDOCO – BOYACA

CERTIFICA:

Que, **ANGEL OCTAVIO MORENO TORRES** identificado con cedula de ciudadanía No. 3.091.631

Se encuentra a Paz y Salvo por todo concepto con el Municipio de Somondoco hasta el año.

2026

Para constancia se firma en el Despacho de la Tesorería General de Somondoco a los veintiún (21) días de Enero de 2026.

Válido hasta 31 de DICIEMBRE 2026

BLEIDY YOHANA GONZALEZ BOHORQUEZ
Secretaria de Hacienda y Tesorería