Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 18:23:05

Datos Inicio

Director

Perfil | Idioma y hora | Certificaciones | No disponible | Noticias | Documentos | Incumplimientos

orlando vicioso

COLOMBIA, Santa Marta

0 Recomendación (es)

Número de documento:85454130

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: ORLANDO VICIOSO PEREIRA
Nombre abreviado: orlando vicioso
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 85454130
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-MAG-47001 - Santa Marta Departamento: Magdalena Municipio: Santa Marta

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: ORLANDO VICIOSO PEREIRA
Identificación: 85454130
Nacionalidad: COLOMBIANO
Domicilio: CUIDADELA 29
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Género: Hombre
¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Información General

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo me

Recomendaciones 0

Visitas al perfil: 0

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selecciónSin datos
Última actualización:11/11/2026 6:22 PM

5%

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

© VORTAL 2019 Términos de uso Política de privacidad Normativa Español (Colombia)

018000-52-0808 soporte@secop.gov.co Weekdays 9 am to 7 pm

Santa Marta, OCTUBRE de 2026.

Señores:
E.S.E ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

ASUNTO: Oferta de Servicios.

Yo **ORLNADO TOMAS VICIOSO PEREIRA** identificada con documento número **85.454.130** expedida en SANTA MARTA presento mi propuesta y disposición como **DIGITADOR (PAIWEB)**, prestar los servicios de proveer cuidado integral básico a los usuarios y desarrollar las actividades bajo supervisión de la enfermera del servicio cumpliendo las políticas institucionales y normas vigentes.

Por lo anterior me comprometo a cumplir a cabalidad las obligaciones específicas derivadas de la oferta y/o aquellas contenidas en los estudios de conveniencia y/o oportunidad de la contratación.

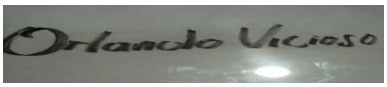
PLAZO: Me sujeto al plazo del contrato que establezca la entidad, de acuerdo a la necesidad del servicio.

VALOR Y FORMA DE PAGO: Los servicios ofrecidos serán por la suma mensual que estime la entidad, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

PERFIL: Adjunto al presente, me permito hacer llegar copia de mi hoja de vida con sus respectivos soportes legales, necesarios para la contratación.

De antemano agradezco su atención prestada.

Cordialmente.



ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA
cc 85.454.130 de SANTA MARTA
DIGITADOR
Telf. 3004270128

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vicioso	Pereira	Orlando Tomas

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 85454130	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 14 MES 11 AÑO 1968	CALLE 2 BIS A OESTE 29A 2 CUIDADELA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3004270128	EMAIL	orlandovicioso2@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	12	AÑO	1988

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	10	2006	43943

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 ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4346200	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1N º 16 -15					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE MAGDALENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1N º 16 -15					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*				*DIRECCIÓN*							

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

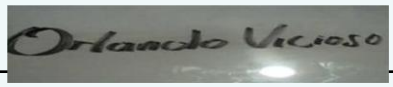
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __NO x ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



Ciudad y fecha de diligenciamiento *santa marta 11/11/2026*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-11-02 11:58

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ORLANDO	TOMAS	VICIOSO	PEREIRA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	85454130

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	["Av Libertador N° 25-67"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Formulario 4,183,743 finalizado

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación
	4183743-01 Declaración inicial	ALEJANDRO PROSPERO REVERAND	CONTRATISTA	INGRESO	2026-11-02 11:56	2026-11-02 11:58

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Aplicativo por la Integridad Pública

1.7.4

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entre la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, con NIT 819.004.070, y **[ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA]**, identificado(a) con **[CC 85.454.130]**, en adelante denominado "colaborador", se suscribe el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN** respecto a toda la información a la que tenga acceso durante su relación laboral o contractual con la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Naturaleza de Acuerdo
Este es un acuerdo de confidencialidad **unilateral**, en el cual la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** será la única parte que revelará información confidencial al colaborador. Por lo tanto, El colaborador se compromete a mantener la confidencialidad de toda la información a la que tenga acceso, sin tener derecho a compartirla ni utilizarla para fines distintos a los autorizados.

Objeto del Acuerdo
El presente acuerdo tiene como objetivo proteger la información de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, a la que el colaborador tenga acceso durante el ejercicio de sus funciones y/o actividades. Esta información incluye, pero no se limita a, datos técnicos, operativos, administrativos y cualquier otra información relacionada con la misión de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** en la prestación de servicios de salud, manejo de casos clínicos, datos sobre pacientes, procedimientos internos, estrategias de negocio, listas de usuarios o proveedores, y cualquier otra información según las políticas internas de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Este acuerdo también se ajusta a las disposiciones generales del Código Civil, Libro IV, sobre las obligaciones y contratos, así como a los artículos 194 y 308 del Código Penal, en relación con la divulgación de documentos reservados y violación de la reserva industrial o comercial.

Obligaciones del colaborador
El colaborador se compromete a:

- Cumplir con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2014, así como con el capítulo 25 del Decreto 1074 de 2015. Además, aplicar los procedimientos y lineamientos contemplados en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, los cuales están disponibles en la página web oficial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co.
- No divulgar, compartir o utilizar la información confidencial para fines distintos a los autorizados expresamente por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.
- Proteger la información a través de las medidas de seguridad proporcionadas por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, así como aquellas requeridas por la naturaleza de la información.
- No realizar copias, reproducciones o almacenamientos no autorizados de la información.
- Devolver cualquier información confidencial que esté bajo su custodia al término de la relación laboral o contractual, sin conservar copias en ningún formato.
- Reportar de inmediato cualquier incidente o brecha de seguridad que pueda comprometer la información confidencial de la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**.

Uso de la Información

Vigilado Supersalud

El colaborador sólo podrá utilizar la información confidencial para los fines expresamente autorizados por la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend**, en el marco de sus actividades laborales o contractuales.

Duración del Compromiso
Este compromiso se mantendrá vigente durante todo el periodo en que el colaborador preste sus servicios a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** y continuará de forma indefinida después de la terminación de la relación laboral o contractual, independientemente de las causas de dicha terminación.

Consecuencias del Incumplimiento
El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acuerdo dará lugar a sanciones disciplinarias que pueden incluir la terminación del contrato, además de posibles acciones civiles, administrativas y penales, según la normativa vigente.

Excepciones
Este acuerdo no será aplicable a la información que sea requerida por una autoridad judicial o administrativa, siempre y cuando El colaborador notifique previamente a la **E.S.E. Alejandro Prospero Reverend** sobre dicha obligación de divulgación.

Firma y Aceptación
El colaborador firma este documento en señal de haber leído, comprendido y aceptado todas las obligaciones aquí descritas.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, **el 28 de OCTUBRE de 2026**

FIRMA DEL COLABORADOR:	
NOMBRE COLABORADOR	**ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL COLABORADOR	**85.454.130**

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, y demás normativas vigentes en Colombia en materia de protección de datos personales, la E.S.E. Alejandro Prospero Reverend, con NIT 819.004.070, actuando como responsable del Tratamiento de Datos Personales, solicita a sus empleados, contratistas y demás vinculados, la autorización expresa para la recolección y tratamiento de sus datos personales.

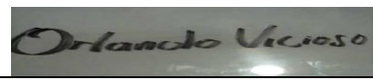
Al aceptar esta autorización, usted consiente de manera libre, previa, expresa, voluntaria e inequívoca, que la E.S.E Alejandro Prospero Reverend recoja, almacene, procese, transmita y transfiera sus datos personales, los cuales se utilizarán para fines relacionados con la gestión de talento humano, contratación, cumplimiento de obligaciones contractuales y laborales, desarrollo de políticas internas, y demás propósitos necesarios para el desarrollo de la misión de la entidad.

Finalidades del Tratamiento de Datos Personales: La E.S.E Alejandro Prospero Reverend tratará sus datos personales para gestionar el vínculo laboral o contractual, lo que incluye procesos administrativos como nómina, prestaciones sociales, seguridad social, consultar sus datos en en las siguientes bases de datos: Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional, Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional, Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación, Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República, Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional y RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (solo personal de salud) y, facilitar la comunicación con usted. Además, los datos se usarán para cumplir con las políticas internas de la empresa, normas laborales, seguridad de la información, y administrar el acceso a sistemas, activos, así como el control de asistencia y desempeño.
Derechos del Titular: Como titular de los datos personales, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar prueba de la autorización para el tratamiento de sus datos. Puede ser informado del uso de sus datos, revocar la autorización o solicitar la supresión de los mismos, siempre que no exista un deber legal o contractual que lo impida. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend a través de los siguientes canales:

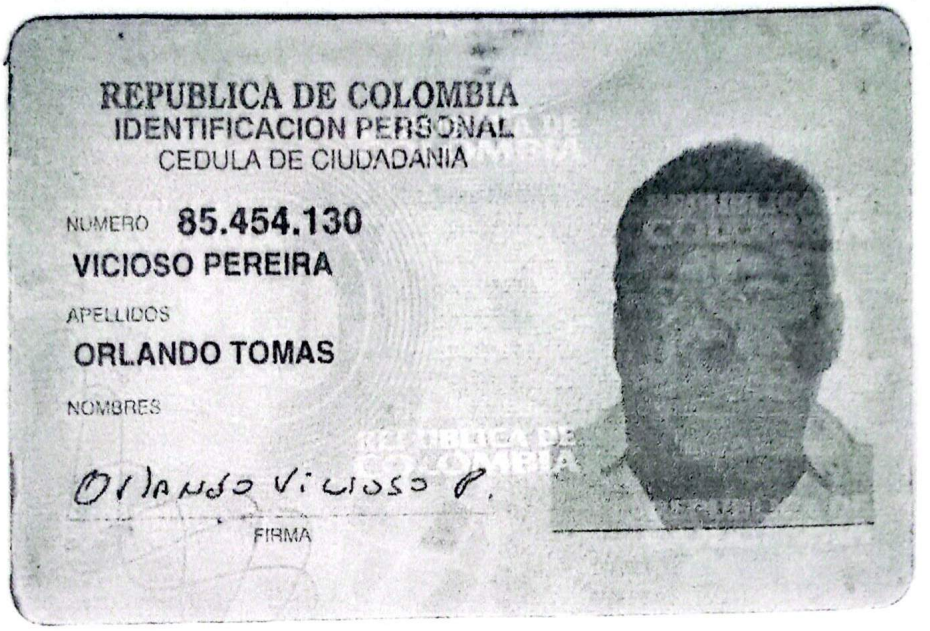
- Sede Administrativa, Av. Libertador # 25 - 67, Santa Marta D.T.C.H., Magdalena
- Correo electrónico: tratamientodatospersonales@esealprorev.gov.co
- Teléfono: +57 333 033 4416
- Página web: http://www.esealejandroprosperoreverend-santamarta-magdalena.gov.co/

Aceptación y Firma: Leído lo anterior, al firmar este documento, usted autoriza de manera libre, expresa e inequívoca a la E.S.E Alejandro Prospero Reverend para el tratamiento de sus datos personales conforme a lo establecido.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el 28 **de OCTUBRE de 2026**

FIRMA DEL EMPLEADO/CONTRATISTA:	
NOMBRE EMPLEADO/CONTRATISTA	**ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA**
N°. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/CONTRATISTA	85.454130

Vigilado Supersalud



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **85.454.130**

VICIOSO PEREIRA

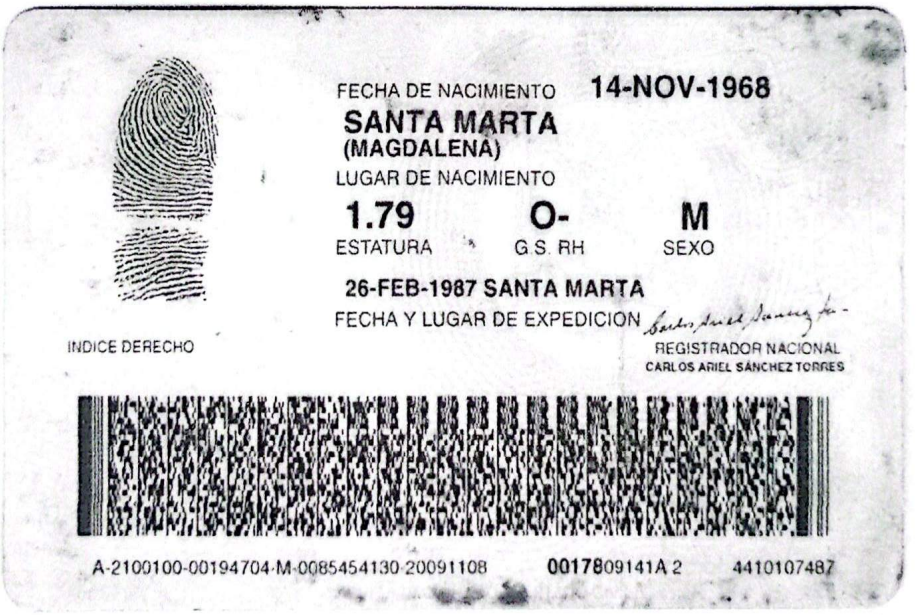
APELLIDOS

ORLANDO TOMAS

NOMBRES

Orlando Vicioso P.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-NOV-1968**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

26-FEB-1987 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00194704-M-0085454130-20091108 0017809141A 2 4410107487

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141204819311

(415)7707212489984(8020) 000014120481931 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 5 4 5 4 1 3 0	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 5 4 5 4 1 3 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VICIOSO	PEREIRA	ORLANDO	TOMAS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ 30 CA 1 BRR CIUDADELA

42. Correo electrónico: orlandovicioso2@gmail.com

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

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
7 4 9 0	2 0 2 0 0 2 0 3							

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-09-06 / 09:18:59AM

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 SEVERICHE CRUZ LAURA MARCELA

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 85454130 **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 02/11/2026 12:00 PM

Código Verificación: **U1QJZXG8FP**

Válida hasta: **02/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

UNINCCA

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

LA UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1891 de Junio 19 de 1963 - Decreto Ejecutivo No. 687 de Mayo 6 de 1970

Confiere a

Orlando Tomás Vicioso Pereira

Cédula de ciudadanía No. 85.454.130 de Santa Marta (Magdalena)

El Título Profesional de

Administrador de Empresas

Cumplidos los requisitos estatutarios y reglamentarios, que le acreditan para ejercer la profesión.

Santa Marta, 22 de julio de 2006

ENRIQUE CONTI BAUTISTA
RECTOR

CARLOS FERNANDO JARAMILLO CORREA

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 1891 de junio 19 de 1963
Decreto Ejecutivo No. 687, Mayo 6 de 1970

CERTIFICA QUE:

ORLANDO VICIOSO PEREIRA

Cédula de Ciudadanía No. **85.454.130**

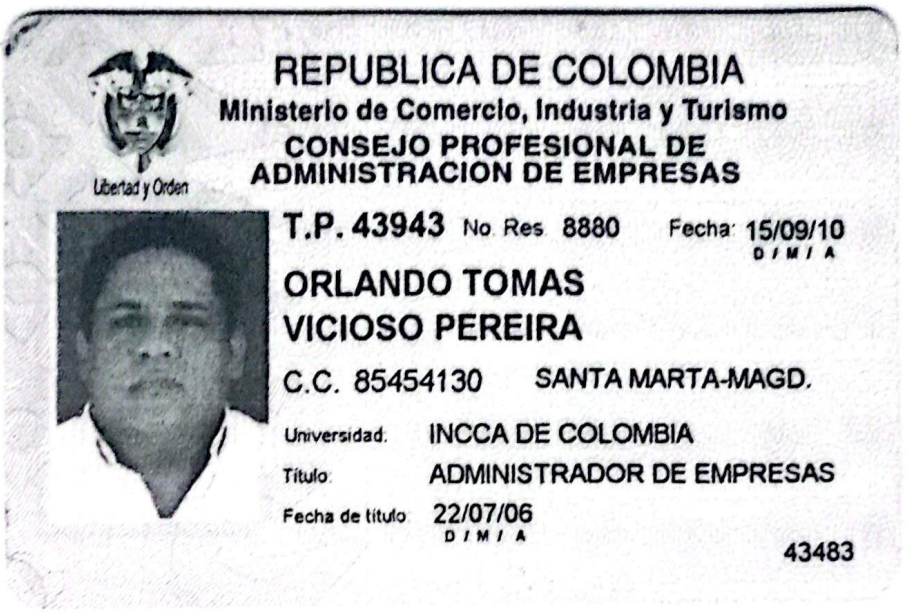
Cursó y aprobó el plan de estudios correspondiente a

SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN PREGRADUAL, EN GERENCIA FINANCIERA

realizado entre Noviembre 26 de 2005 y Abril de 2006

Carlos E. Jaramillo Correa
Director Nacional Programa Administrativo de Empresas

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

CONSEJO PROFESIONAL DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS

Libertad y Orden

T.P. 43943 No. Res 8880 Fecha: 15/09/10
D / M / A

ORLANDO TOMAS
VICIOSO PEREIRA

C.C. 85454130 SANTA MARTA-MAGD.

Universidad: INCCA DE COLOMBIA

Título: ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

Fecha de título 22/07/06
D / M / A

43483

Powered by CamScanner

CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR

Y

SU FACULTAD DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS

CERTFICA QUE:

ORLANDO VICIOSO

Participo en él

SEMINARIO TALLER "GESTION ADMINISTRATIVA DE PERSONAL"

Santa Marta, 13 de Abril del 2000

Mauren Ramirez	Johana Padilla	Osiris Moreno	Ingrid Barrios	Ada Luz Granados
Conferencista	Conferencista	Conferencista	Conferencista	Conferencista

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

CERTIFICA QUE:

ORLANDO VICIOSO

Identificado (a) con C.C. No. 85.454.130
Cursó y aprobó el plan de estudios correspondiente al

SEMINARIO DE GERENCIA FINANCIERA

Con una intensidad de 80 horas

MANOLO CHAVES MONTAGNO
Director Sede CUN Santa Marta

Expedido en Santa Marta a los 7 días del mes de Abril del 2005

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Central "Julio Méndez Barreneche"

Por intermedio de Capacitación y Asesoría Comunitaria

"GESTION"

CERTIFICA:

Que: ORLANDO TOMAS VICIOSO

Asistió al Seminario Taller "***El Poder de la Motivación para Valorar la Vida***" realizado el día 1 de Abril de 2.003 en el Auditorio del Hospital Central, con una intensidad de 6 horas.

Santa Marta, D.T.C.H. Abril 1 de 2.003

SALOMÓN LATORRE
Facilitador

EFRAIN ALVAREZ CANCHANO
Gerente "GESTION"

EDIMER LATORRE IGLESIAS
Facilitador

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 85454130

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Armenia a los Veintitres (23) días del mes de Julio de Dos Mil Siete (2007)

OLGA LUCIA QUINTERO OCAMPO
SUBDIRECTOR CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN
REGIONAL QUINDIO

SGC2007260128 23/07/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

Powered by CamScanner

EL SUSCRITO JEFE DE OFICINA DE TALENTO HUMANO DE LA GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

NIT: 800.103.920

HACE CONSTAR

Que, revisada la Historia Laboral del señor **ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA** identificado con cédula de ciudadanía No. **85.454.130** expedida en Santa Marta (Magdalena), se encuentra que, estuvo vinculado a la Entidad en Cargo de Libre Nombramiento y Remoción desde el 14 de noviembre de 2017; hasta el 18 de junio de 2020, desempeñando el siguiente empleo público:

- **PROFESIONAL UNIVERSITARIO, Código 219, Grado 01.**

Nombrado mediante Decreto No. 0565 de 03 de noviembre 2017, en la Planta de Cargos del **DESPACHO DEL GOBERNADOR** del Departamento del Magdalena, Posesionado con Acta No. 0322 el 14 de noviembre de 2017; hasta el 18 de junio de 2020, que por medio del Decreto No. 0227 de 18 de junio de 2020 fue declarado insubsistente.

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES ESENCIALES

1. Aplicar conocimientos, principios y técnicas de una disciplina académica, para generar nuevos programas y/o servicios, efectuar aplicaciones de los ya existentes y desarrollar métodos de ejecución.

2. Analizar, proyectar, perfeccionar y desarrollar las acciones que deban adoptarse para el desarrollo de programas a fin de obtener el logro de los objetivos y metas propuestas en el área de desempeño.

3. Participar en el diseño, la organización, administración, ejecución y control de planes, programas, proyectos o actividades técnicas y administrativas de una dependencia o grupo de trabajo asignado, y garantizar la correcta aplicación de las normas y de los procedimientos vigentes.

4. Realizar estudios y análisis con el fin de desarrollar, perfeccionar y controlar los procedimientos establecidos en la dependencia asignada.

5. Proponer el diseño, formulación e implementación de procedimientos, instrumentos y sistemas atinentes a las áreas de desempeño, con miras a optimizar la utilización de los recursos disponibles y a la simplificación de trámites, para mejorar la calidad en la implementación de los programas turísticos de la Administración Central Departamental.

Carrera 1c N° 16-15 Palacio Tayrona
PBX: 5-4381144
Código Postal: 470004
www.gobernaciondelmagdalena.gov.co
@magdalenagober @magdalenagober @gobernaciondelmagdalena

6. Brindar apoyo administrativo, profesional y técnico en el área de desempeño, de acuerdo con las políticas y las disposiciones vigentes sobre la materia y vigilar el cumplimiento de las mismas por parte de los usuarios.

7. Estudiar, evaluar y conceptuar acerca de los asuntos de competencia de la dependencia asignada, de acuerdo con las normas preestablecidas.

8. Analizar, revisar, controlar, ajustar, evaluar y hacer seguimiento a los sistemas y procedimientos para garantizar su efectividad.

9. Aplicar normas y metodologías y absolver consultas generadas en materia de competencia del área de desempeño, de acuerdo con las disposiciones y políticas institucionales.

10. Mantener información actualizada de las normas, programas, proyectos y procedimientos que se ejecuten en el área de desempeño.

11. Desempeñar las demás funciones que le sean asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza del cargo, el área de desempeño y necesidades del servicio, para el logro de la misión institucional.

La anterior descripción, obedece al Decreto No. 0537 de 30 de octubre de 2017 *"Por el cual se actualiza el Manual Especifico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales de los Empleos Adscritos a la Administración Central Departamental del Magdalena".*

La jornada y horario laboral es el establecido en el Decreto 0552 de 13 de septiembre de 2018.

Días Laborales:	lunes a viernes
Horario en la mañana:	8:00 a.m. a 12:00 m
Horario en la tarde:	2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Total Horas Semanales laborales:	40

Se expide la presente constancia en Santa Marta, a los nueve (09) días del mes de septiembre de dos mil veintiséis (2026), a solicitud del Interesado.

MARIO ALBERTO MEDINA PÉREZ
Jefe de Oficina de Talento Humano

Nota: Para cualquier información adicional, sírvase comunicarla al correo historiaslaborales@magdalena.gov.co

Proyectó: Alejandra Yanes

Carrera 1c N° 16-15 Palacio Tayrona
PBX: 5-4381144
Código Postal: 470004
www.gobernaciondelmagdalena.gov.co
contactenos@magdalena.gov.co
@magdalenagober @magdalenagober @gobernaciondelmagdalena

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 85454130
Nombres:	ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia
Fecha de afiliación:	2025-10-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Subsidiado
Nivel Sisben:	2
Departamento - Municipio:	MAGDALENA SANTA MARTA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	470010007101 - ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-11-02 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-12-02

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **85.454.130**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND
SANTA MARTA D.T.C.H.

NIT 819.004.070-5

ALCALDÍA DE SANTA MARTA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 Versión: 003 | 11/ene/2025 Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento: CC	Número de documento: 85.454.130	Lugar de expedición: SANTA MARTA	
Primer apellido: VICIOSO	Segundo apellido: PEREIRA	Nombres: ORLANDO TOMAS	
Nacionalidad: COLOMBIANO	Dirección de domicilio: CUIDADELA		
Departamento: MAGDALENA	Ciudad | Municipio: SANTA MARTA	Correo electrónico: orlandovicioso2@gmail.com	
Número contacto: De 3004270128	Lugar de nacimiento: SANTA MARTA	Fecha de nacimiento: 14/11/1968	Estado civil: SOLTERO
Actividad principal que desempeña actualmente: DIGITADOR			Código actividad en RUT (4 dígitos): 9311

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres: OMAIRA ESCOBAR BOVEA	Dirección: CALLE 10ª 31-75	Teléfono: 301-781-3107
Apellidos y nombres: PATRICIA MARTINEZ VEGA	Dirección: LOS NARANJOS	Teléfono: 300-239-5639

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)[1]

¿Maneja recursos públicos? Si [ ] No [X]	¿Tiene reconocimiento público? Si [ ] No [X]	¿Ejerce algún grado de poder público? Si [ ] No [X]
¿Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta? [ ] Si No [X]	¿Cuál?	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual	Otros ingresos mensuales	Total ingreso mensuales	Total egresos mensuales
Total activos	Total pasivos	Información financiera a corte	
Indique el concepto de otros ingresos			

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria: DAVIVIENDA	Número de cuenta: 0550488454932085	Tipo de cuenta: AHORRO
Entidad bancaria	Número de cuenta	Tipo de cuenta
Entidad bancaria	Número de cuenta	Tipo de cuenta

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Si [ ] No [X]	Tipo de cuenta	
	¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera? Si [ ] No [X]	Tipo de producto	Número de producto
	Entidad financiera	País

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquie[illegible]a que lo modifique o adicione. SI X NO
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? SI [ ] NO [X]	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como Lista Clinton? SI [ ] NO [X]

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como tratante de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealprorev.gov.co
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



Firma

Vigilado Supersalud

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SANTA MARTA, **29/08/2025**
MAGDALENA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ORLANDO PEREIRA VICIOSO** con **Cédula de Ciudadanía** número **85454130**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488454932085**
Fecha de apertura	**29/08/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dra. Fabiola Margarita Trujillo Felizzola
Médico General Universidad Cooperativa de Colombia
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Universidad del Norte

DATOS DEL PACIENTE. **FECHA**: 10-11-2026

Nombres: ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA
Tipo de Documento: CC **Documento**: 85454130
Sexo: F **Nacimiento**: 14-11-1968 **Edad**: 57 AÑOS
Entidad: ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND
Cargo: DIGITADOR PAI

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	Si	X
2	CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO	Si	
3	CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO	Si	
4	APLAZADO	Si	

Tipo de Restriccion:
Duración:

Recomendaciones:

	Evitar sobrecargas mayores a Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
X	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida DIETA Y EJERCICIO SUPERVISADO. HABITOS SALUDABLES.
	Consulta Optometría para formula de trastorno refractivo
X	Otras: CONTROL VISUAL ANUAL. CONTROL AUDITIVO ANUAL. USO DE EPP. PAUSAS ACTIVAS. HIGIENE POSTURAL.

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica											
C.VISUAL		C.AUDITIVO		R. BIOMECANICO		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR	
RIESGO QUIMICO		PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS	

Exámenes Realizados:

Medico	x	Osteomuscular énfasis Espalda	x	Optometria		Agudea Visual		Visiometria	
Espirometría		Audiometría		Frotis Garganta		KOH		HB		Coprológico		P. de O	
Glucosa	x	Hemograma	x	EKG		Alcoholimetría	x	Drogas		Baciloscopia (BK)	
Rx de Torax		Manipulación de Alimentos		Vacuna Tétanos		Rx de Columna Lumbosacra	
Perfil Lipidico		E. Psicologica	x	F. Hepatica		E. Psicosenso		Sustancias Psicoactivas	x

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):



R.M. Firma Médico
Especialista Salud Ocupacional

ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA
Firma Examinado
C.C. N°85454130

E-mail: fabiola.trujillo54@gmail.com
Celular: 3246802816

TU HOSPITAL EN CASA S.A.S.

NIT 900213264-7

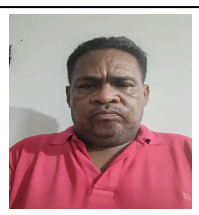
Dr. RUBEN DE LUQUE PONZON

Especialista en salud ocupacional y laboral

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-10-28 08:44:27

INFORMACIÓN DEL PACIENTE



PACIENTE: ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA **ID.** CC 85454130

ENTIDAD: PARTICULAR

OCUPACION:

CARGO:DIGITADOR

Trabajo en Alturas : --

Manipulación de Alimentos : --

Espacios Confinados: --

TIPO DE EXAMEN

INGRESO

OTROS

EXÁMENES REALIZADOS:

☑ **AUDIOMETRIA**	- NORMAL	☐ **ELECTROCARDIOGRAMA**	-	☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR**	- NORMAL
☐ **LABORATORIOS**	-	☑ **VISIOMETRIA**	- NORMAL	☐ **EXAMEN PSICOSENSOMETRICO**	-
☐ **ESPIROMETRIA**	-	☐ **TAMIZAJE VISUAL**	-	☐ **PRUEBA VESTIBULAR**	-
☐ **GLICEMIA**	-	☐ **PERFIL LIPÍDICO**	-	☐ **KOH DE UÑAS**	-
☐ **COPROLOGICO**	-	☐ **FROTIS DE GARGANTA**	-		

OTRO:

RECOMENDACIONES

Higiene postural: NO **Pausas activas:** NO **Restricción para el manejo de cargas:** NO **Uso epp:** SI

Educación en manejo cargas: NO **Ingreso a programa de vigilancia epidemiológica:** --

Fomento de habitos saludables : SI

Remision:

Observaciones:

PUEDE TRABAJAR EN EL CARGO ASIGNADO SIN RESTRICCIONES

CONDUCTA

• Conducta de manejo médico:

☐ a. Continuar manejo médico

☐ b. Remisión a EPS.

☐ c. Seguimiento por la ARL.

• Conducta médica laboral:

☑ a. Educación en higiene postural.

☑ b. Capacitación y verificación en uso adecuado de los elementos de protección personal.

• Conducta sobre hábitos y estilos de vida saludables:

☑ a. Actividad física regular.

☑ b. Educación en alimentación saludable.

☑ c. Desestimular el tabaquismo y consumo de sustancias perjudiciales.

e. Otro:

• Recomendaciones específicas:

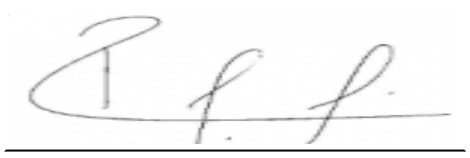
☐ a. Entrenamiento y supervisión en movilización segura de cargas.

☐ b. Restricción para manejo de cargas.

☐ c. No exponer a ruido de más de 80 decibeles sin protección auditiva adecuada.

d. Otras:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad dé la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).



DR. RUBEN DE LUQUE PONZON
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 272 S.S.M. LIC. S.O. 1386 DE 21 DE JULIO



ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA
CC 85454130

LAYMA LILANA MARQUEZ TOLEDO
PSICOLOGA ESPECIALISTA EN SG-SST, MAGISTER EN PSICOLOGIA
SANTA MARTA COLOMBIA

VALORACIÓN PSICOLOGICA

Datos de identificación

Fecha: 29/10/2026
Ciudad: Santa Marta, Magdalena
Empresa: Particular
Nombres y Apellidos: **ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA**
Cedula: 85.454.130
Sexo: Masculino
Edad: 57 Años
Labor a Desempeñar: Contratista

I.IMETODOLOGIA

- Observación de la conducta
- Entrevista semiestructurada
- Examen mental

II. ENTREVISTA CLÍNICA

El evaluado refiere encontrarse en buen estado emocional y mental. No reporta alteraciones significativas del estado de ánimo, ni síntomas compatibles con trastornos psicológicos en el momento de la valoración. Durante la entrevista se mostró orientado en las tres esferas (tiempo, espacio y persona), con discurso coherente, actitud colaboradora y adecuado contacto visual.

OBSERVACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONES SUPERIORES

Se caracteriza por mantener relaciones interpersonales positivas en el entorno laboral, lo que favorece el trabajo en equipo y un ambiente colaborativo. Manifiesta disposición hacia el aprendizaje y se muestra colaborador, destacándose por su sentido de responsabilidad, respeto y empatía.

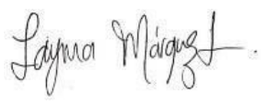
COMPETENCIAS PERSONALES Y LABORALES

Se caracteriza por mantener relaciones interpersonales positivas en el entorno laboral, lo que contribuye al trabajo en equipo y a un ambiente colaborativo. Manifiesta disposición para el aprendizaje y actitud colaboradora, se destaca por su responsabilidad, respeto y empatía.

III. CONCLUSIONES

• El evaluado se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales y presenta condiciones psicológicas favorables para asumir responsabilidades laborales.
• No se identifican contraindicaciones desde el punto de vista psicológico para su vinculación al puesto de trabajo.
• Continuar promoviendo habilidades como la gestión del tiempo, el aprendizaje continuo y la toma de decisiones asertiva, que fortalecen su desempeño profesional y personal.

De acuerdo a la Resolución 1918 de 2009, la custodia de la historia clínica será responsabilidad de nuestra institución y estará disponible para los fines legales pertinentes. El Trabajador ha declarado bajo la gravedad del juramento, que los datos que ha suministrado para la elaboración del presente documento son veraces y que no ha omitido información sobre su estado de salud.



LAYMA MARQUEZ TOLEDO
Psicóloga Esp en SG-SST, Magister en psicología
Cédula de ciudadanía 1083034025
TP211312

LABORATORIO CLINICO
MABEL OTERO
NIT: 36543739-5
Calle 22 # 18-32 Las Villas
Tel: 4223023 -
Santa Marta - Magdalena - Colombia

RESULTADOS

Sede **PRINCIPAL** Impreso 29 oct. 2026 07:00:20 pm

Id. Paciente **CC 85454130 VICIOSO PEREIRA ORLANDO TOMAS** Sexo: M Edad: 57A 11M 15D **Nro De Recepción** **136725**

Teléfonos Fecha De Recepción 29 oct. 2026 09:44:56 am

Entidad SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S SubEntidad SIN SUBENTIDAD

Sala **CONSULTA EXTERNA** Cama Médico ASIGNADO NO .

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

Glicemia en Ayunas	135,90	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

```
Prematuro:        20 a 60
0 a 1 dia:        40 a 60 mg/dl
> 1 dia:          50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:  70 a 105mg/dl
```

Reportado Por: MABEL DEL ROSARIO OTERO JERONIMO Fecha Reporte 29 oct. 2026 01:45 pm

DATO CONFIRMADO

HEMATOLOGIA

LABORATORIO CLINICO
MABEL OTERO
NIT: 36543739-5
Calle 22 # 18-32 Las Villas
Tel: 4223023 -
Santa Marta - Magdalena - Colombia

RESULTADOS

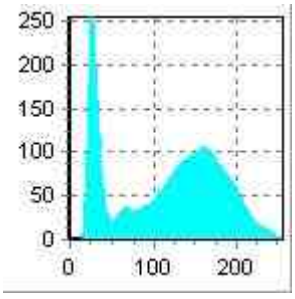
Sede	**PRINCIPAL**			Impreso	29 oct. 2026 07:00:20 pm
Id. Paciente	**CC 85454130 VICIOSO PEREIRA ORLANDO TOMAS**		Sexo: M Edad: 57A 11M 15D	**Nro De Recepción**	**136725**
Teléfonos				Fecha De Recepción	29 oct. 2026 09:44:56 am
Entidad	SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA TIPO IV			
Hemoglobina	14,90	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	45	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	5,53	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	81,30	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	26,90	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	33,10	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	14,80	fL	0,11 a 0,16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	43,40	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	13,60	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	67	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	9,20	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	24,60	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	3,30	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	8,40	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	1,10	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	326	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,31	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	9,50	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	15,50	fL	6,50 a 12

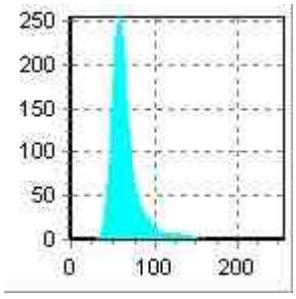
Reportado Por: MABEL DEL ROSARIO OTERO JERONIMO Fecha Reporte 29 oct. 2026 03:47 pm

Zona de gráficos

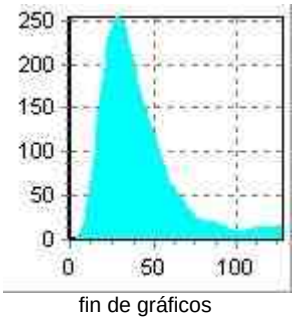
WBC



RBC



PLT



fin de gráficos

PRUEBAS ESPECIALES			
ALCOHOL EN SALIVA			
ALCOHOL EN SALIVA	NEGATIVO		

Reportado Por: MABEL DEL ROSARIO OTERO JERONIMO Fecha Reporte 29 oct. 2026 12:59 pm

LABORATORIO CLINICO
MABEL OTERO
NIT: 36543739-5
Calle 22 # 18-32 Las Villas
Tel: 4223023 -
Santa Marta - Magdalena - Colombia

RESULTADOS

Sede	**PRINCIPAL**			Impreso	29 oct. 2026 07:00:20 pm
Id. Paciente	**CC 85454130 VICIOSO PEREIRA ORLANDO TOMAS**			Sexo: M Edad: 57A 11M 15D	**Nro. De Recepción** **136725**
Teléfonos				Fecha De Recepción	29 oct. 2026 09:44:56 am
Entidad	SERVICIOS MEDICOS SAMB S.A.S		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .	

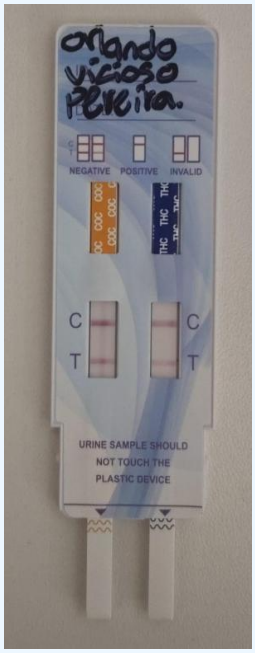
Resultados	Unidades	Valores Referencia



Dra Mabel Otero Jeronimo
Bacteriologa

SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.
SAMB

EXAMEN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COCAINA Y MARIHUANA



Fecha: 29-10-2026

Resultado: Negativo

3187691250
Carrera 24 #19-07
Serviciosmedicosamb19@gmail.com

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: aacfa2c1-54f7-4006-8829-70889d4ac95f

Nombres y apellidos / Full name: **ORLANDO TOMAS VICIOSO PEREIRA**

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

Número de identificación / ID Number: **8 5 4 5 4 1 3 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **14/11/1968**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

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
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	03	07	2020		V50220008	SANTA MARTA INTEGRAL DE COLOMBIA IPS SAS	SANDRA VALENCIA CARVAJAL
COVID MODERNA	Primera	30	07	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	056D21A	SANTA MARTA IPS SAN GABRIEL	MARIA JOSE PAZ RIVAS
COVID MODERNA	Segunda	19	10	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	939919	PREVENIR 1A S.A.	YULEIDYS ESTHER PEREZ GUTIERREZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	29	10	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS	ANDREA CAROLINA ZAMBRANO PERTUZ - CC1083012660 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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.