REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.128.455.711**

MEJIA LOPEZ

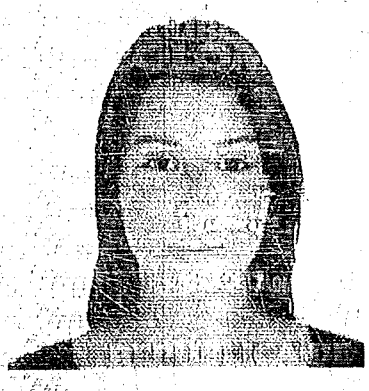
APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

Paola Andrea Mejia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-FEB-1992**

MONTEBELLO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-JUN-2010 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0100150-00260370-F-1128455711-20101014 **0024**13437A 1 29655222

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:20:23 AM horas del 26/04/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1128455711**
Apellidos y Nombres: **MEJIA LOPEZ PAOLA ANDREA**

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.

Volver al Inicio

Dirección: Calle 18A #69F-45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 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: lineadirecta@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, 26/04/2021 10:30:49 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1128455711 .**

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. **22340023** . 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



PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 165695425

WEB
12:28:53

Bogotá DC, 26 de abril del 2021

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) PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1128455711:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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 lunes 26 de abril de 2021, a las 10:39:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1128455711
Código de Verificación	1128455711210426103946

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14725855431

(415)7707212489984(8020) 000001472585543 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 8 4 5 5 7 1 1	7	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 8 4 5 5 7 1 1	2 0 1 0 0 6 0 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEJIA	LOPEZ	PAOLA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CL 54 78 A 24

42. Correo electrónico: pamejia1@misena.edu.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 3 0 4 3 0	4 7 1 1	2 0 1 9 0 3 2 9	5 6 3 0		

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

Obligados 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 2020 - 12 - 01 / 08 : 21: 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MEJIA LOPEZ PAOLA ANDREA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Pantallazo Constancia de Publicación Declaración de Bienes y Rentas y conflictos de interés



El servicio público es de todos | Función Pública

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
Mejia	Lopez	Paola Andrea

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS
C.C	C.E	PAS	No. 1128455711	F	M	COL.	EXTRANJERO	Colombia

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE	SEGUNDA CLASE	NÚMERO	D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 29	MES 02	AÑO 1992	Calle 54 No 78 A 24 Casa Los Colores			
PAÍS	Colombia			PAÍS	Colombia	DEPTO	Antioquia
DEPTO	Antioquia			MUNICIPIO	MONTEBELLO		
MUNICIPIO	MONTEBELLO			TELÉFONO	3166465952	EMAIL	paomt444@gmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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: Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TECNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO 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	
TC	3	X		TECNICA PROFESIONAL EN SECRETARIADO EJECUTIVO	12	2008	

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Concejo Municipal		X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Antioquia	FREDONIA			
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**			**FECHA DE RETIRO**
	DÍA 02 MES 08 AÑO 2018			DÍA 15 MES 08 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL	**DEPENDENCIA**			**DIRECCIÓN**
Concejal				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD		PUBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcaldía Municipal		X		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**			**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Antioquia	MEDELLIN			
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**			**FECHA DE RETIRO**
	DÍA 15 MES 01 AÑO 2016			DÍA 05 MES 10 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	**DEPENDENCIA**			**DIRECCIÓN**
Gestor				

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Medellín, Martes 27 de Abril de 2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa María Jesús Mejía

Itagüí – Antioquia

Aprobada según Resolución Número. 005039 del 9 de Noviembre de 1990, Expedida por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento de Antioquia. Fusionada mediante Resolución Departamental 16072 de Noviembre 25 de 2002, y autorizada por Resolución Departamental número 008965 del 21 de Junio de 1994

Confiere a:

Paola Andrea Mejía López

Tarjeta de Identidad: 92022951639 de Itagüí

El Título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media, según Proyecto Educativo
Institucional y las Normas Vigentes

Registrado para efectos legales de acuerdo con el Decreto Nacional 921 de mayo 6 de 1994,
en el Libro de Registro de Bachilleres Número 01 Folio: 20 Numeral: 436
Acta General de Graduación Número 07145

Olga Amparo Betancur Arenas
Cédula 32520908 de Medellín
Rectora

Carmen Cecilia Gañan Pizarro
Cédula 42797806 de La Estrella
Secretaria

Expedido en Itagüí el 7 de Diciembre de 2007

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre el

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN
PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Politécnico Aburrá

Licencia de Funcionamiento según Resolución N° 05826 de julio 27 del 2007
emanada de la Secretaría de Educación Municipal

CERTIFICA:

LA APTITUD OCUPACIONAL

PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ

COMO

TÉCNICO

LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

GESTION EN SECRETARIADO GERENCIAL

Con una intensidad total de 1200 horas horas
Dado en Medellín a los 19 días del mes de Diciembre de 2008
Registrado en el libro de certificados No. 03 Folio 003

Firmado:

RECTOR

DIRECTOR EJECUTIVO

Carolina Ulloa

SECRETARIA

PODER ESTUDIAR PODER TRABAJAR

MODELO DE EDUCACIÓN REMINGTON

Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.128.455.711

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

Título de

TECNÓLOGO EN

PRODUCCIÓN GANADERA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Caldas,
a los diez (10) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
MARIA MERCEDES VELEZ SANCHEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MARIA MERCEDES VELEZ SANCHEZ

SUBDIRECTORA CENTRO DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES - LA SALADA

REGIONAL ANTIOQUIA

24177995 - 10/11/2016

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 910100842215CC1128455711C.

MUNICIPIO DE FREDONIA
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL- CAM
"RODRIGO ARENAS BETANCOURT"

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DEL MUNICIPIO DE FREDONIA

HACE CONSTAR

Que la señora Paola Andrea Mejía López, identificada con la cédula de ciudadanía Nº 1.128.455.711, prestó sus servicios al Municipio de Fredonia, desde el 15 de enero de 2016 hasta el 5 de octubre de 2016, último cargo desempeñando Gestor Social, Código 367, Grado 03, de Libre Nombramiento y Remoción, de la Planta Globalizada del Ente Territorial, se relaciona funciones del cargo.

I. ÁREA FUNCIONAL

Secretaría de Planeación, Servicios Públicos Domiciliarios y Desarrollo Territorial.

II. PROPÓSITO PRINCIPAL

Propiciar la organización y participación de las comunidades en interacción con el Municipio y Entes gubernamentales y no gubernamentales, para incrementar el desarrollo interno y la transformación social, en función de las demandas de la población.

Fomentar procesos y prácticas que faciliten la institucionalidad del Ente Territorial, con énfasis en la participación ciudadana y el control social de la gestión pública.

Generar procesos dirigidos a la construcción de conocimientos colectivos sobre la realidad del municipio, para impulsar un modelo de participación y desarrollo interno.

III. DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES

1. Fortalecer la gestión de las Juntas Acción Comunal en asocio con Asocomunal, como medio para garantizar el cumplimiento de las estrategias incorporadas en el Plan de Desarrollo en sus respectivos territorios.

2. Identificar y clasificar las diferentes organizaciones sociales y comunidades del municipio consolidando una base de datos de las mismas.

Elaboró: María Elena Toro Palacio. Auxiliar Administrativa
Revisó: Aldubar Vanegas Marín. Secretario de Gobierno
Aprobó: Aldubar Vanegas Marín. Secretario de Gobierno

MUNICIPIO DE FREDONIA
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL- CAM
"RODRIGO ARENAS BETANCOURT"

3. Promover la creación de nuevas formas de asociatividad para incrementar los niveles de participación ciudadana que aporten a las transformaciones que requiere el municipio.

4. Coordinar el ejercicio de la participación y la movilización ciudadana, a través de la dinamización de escenarios democráticos que incidan en la gestión pública del desarrollo, el control social y el buen gobierno para construir un municipio incluyente, equitativo y transparente.

5. Apoyar la organización de los Juegos comunales y Campesinos del Municipio.

6. Proponer la consecución de recursos para la asistencia técnica y financiera de los proyectos ecológicos, con énfasis en desarrollo sustentable y sostenible que sean planeados, con las diferentes comunidades organizadas.

7. Fortalecer la gestión del consejo municipal de juventud, los grupos de mujeres, el cabildo del adulto mayor y demás organizaciones o grupos organizados.

La presente se expide en Fredonia, a los doce (12) dias del mes de julio del año dos mil diecisiete (2017), a petición de la interesada. Cualquier información adicional, favor comunicarse a los números telefónicos 840 12 64 / 840 10 26 Ext. 105 / 113. Dirección Calle 50 50-58. Fax 840 1338.

Atentamente,

ALDUBAR VANEGAS MARÍN
Secretario de Gobierno y Servicios Administrativos

Elaboró: María Elena Toro Palacio. Auxiliar Administrativa
Revisó: Aldubar Vanegas Marín. Secretario de Gobierno.
Aprobó: Aldubar Vanegas Marín. Secretario de Gobierno

FREDONIA
NUESTRO COMPROMISO
CONCEJO MUNICIPAL

Fredonia, Noviembre 18 de 2019

EL PRESIDENTE DEL CONCEJO MUNCIPAL DE FREDONIA, ANTIOQUIA

HACE CONSTAR

Qué la señorita PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ identificada con la cédula de ciudadanía **Nº** 1.128.455.711 **de Medellín**, se desempeñó como Concejal del Municipio de Fredonia desde el día 02 de agosto de 2018 hasta el 15 de agosto de 2019.

La anterior se expide a solicitud verbal de la interesada.

JOSE FREDY VALENCIA ZAPATA

Tel: 840-1272 Calle 50 # 50-58
concejo@fredonia-antioquia.gov.co

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

SALUD EPS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	27 04 2021

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	
B. Reporte de Novedades [ ]	- Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	
	D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Mejia	Segundo Apellido: Lopez	Primer Nombre: Paola	Segundo Nombre: Andrea
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1128455711	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de nacimiento: 29 02 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
			0 7	Positiva	Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$908.526	Dirección: Calle 54 No 78 A 24, B. los Cobres		Teléfono fijo		3166465952
Correo electrónico: paomt444@gmail.com	Medellin	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna		Antioquia

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad [ ]	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col.	Metrosalud, Centro de Salud Estadio	
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación [ ]	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripcion en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relacion laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte por fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Primer Apellido: Mejia	Segundo Apellido: Lopez	Primer Nombre: Paola	Segundo Nombre: Andrea
Tipo de documento de identidad: CC	Número de documento de identidad: 1128455711	Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento: 29 02 1992	42. Fecha: 27 04 2021
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. [ ] 49. Declaracion de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ] 50. 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. [ ]

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]

52. Autorización para que la EPS maneje 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. [ ]

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [X] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]

59. 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 [ ]

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ] 62. 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. [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

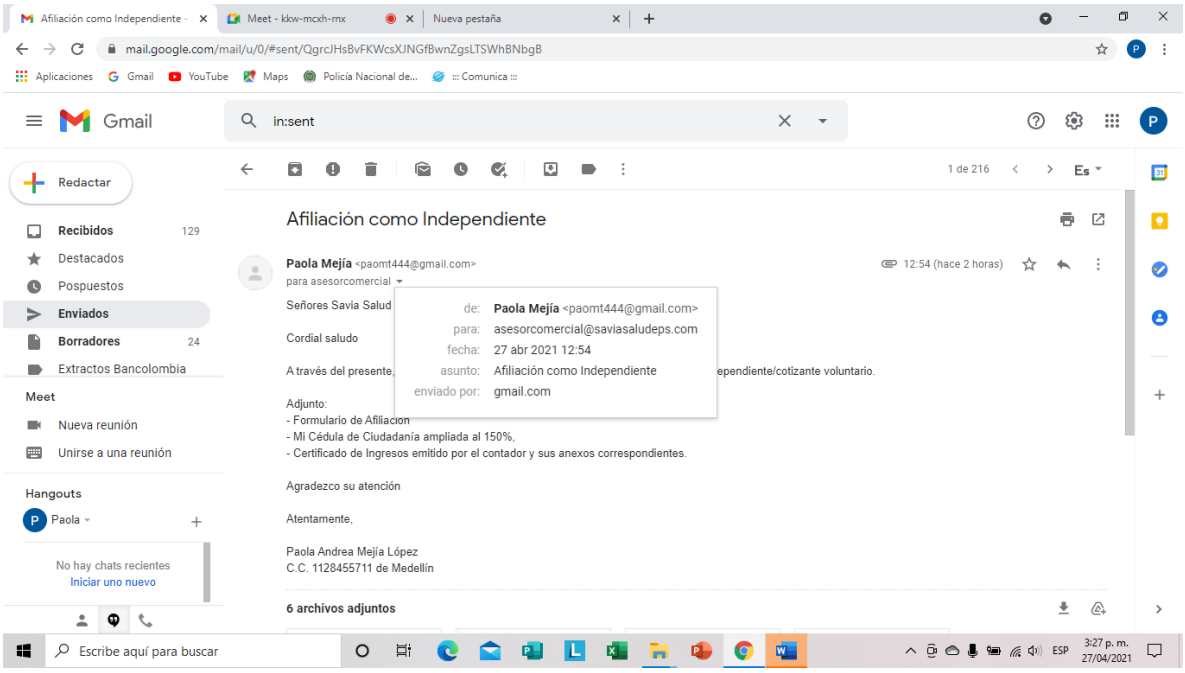
Tipo de documento de identidad [ ]	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:
71. Firma del funcionario		

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.

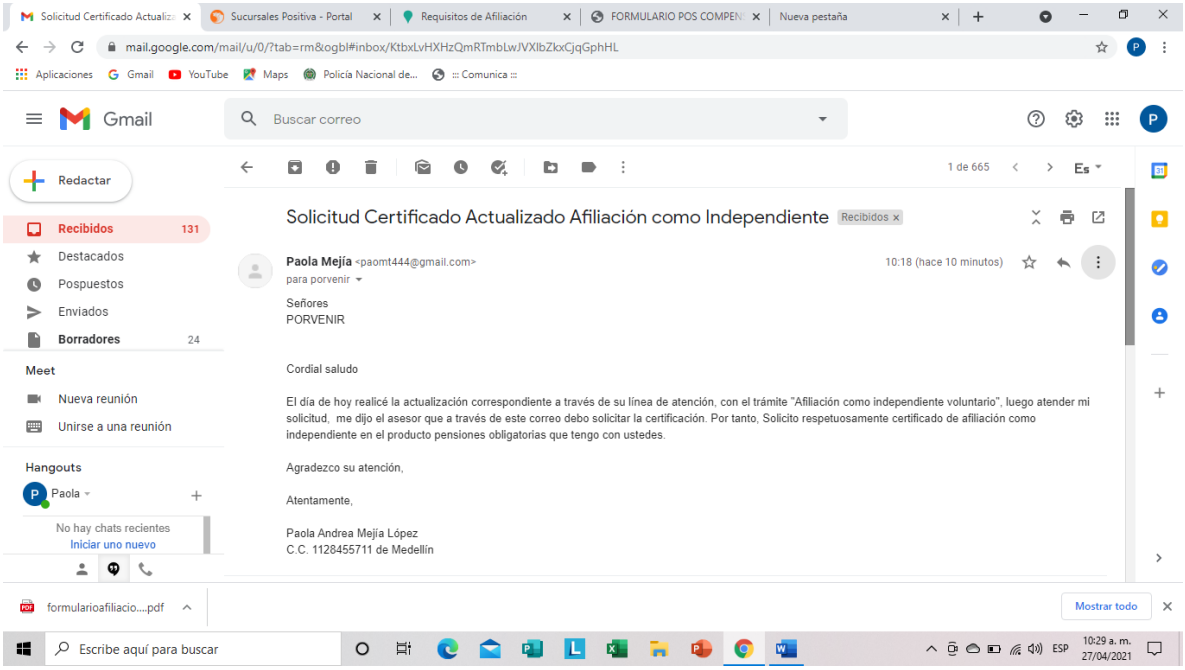
VIGILADO Supersalud

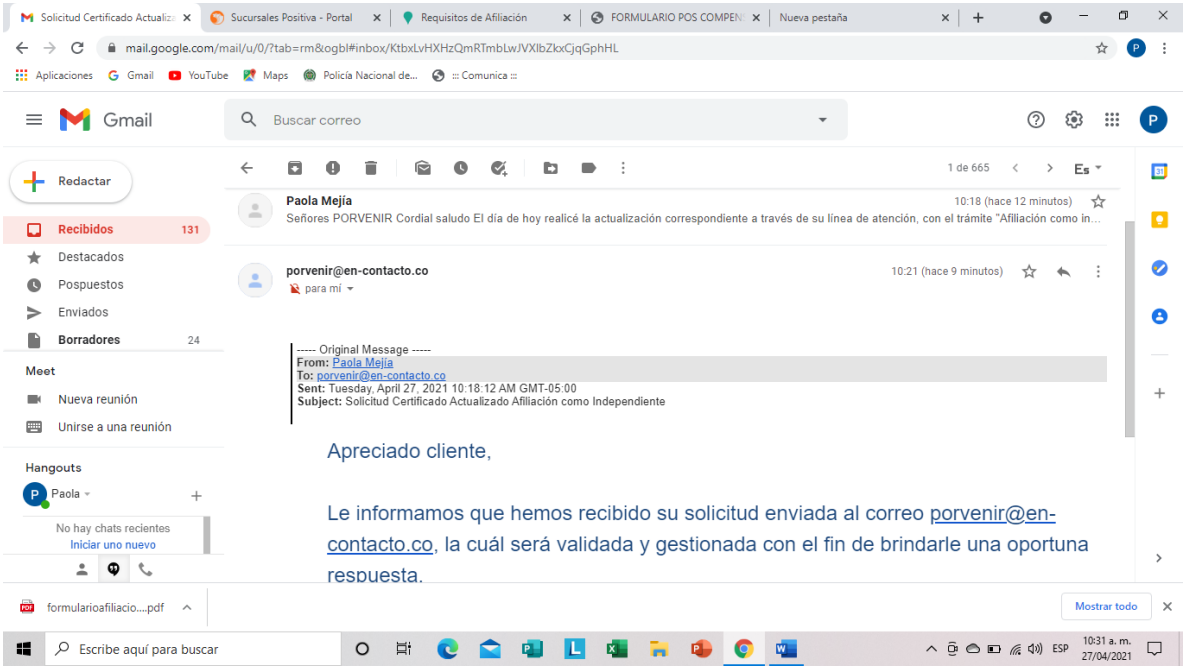
VIGILADO SuperSubsidio

Pantallazo Constancia Solicitud Afiliación como Independiente EPS



Pantallazo Constancia Trámite Afiliación Pensiones y Cesantías_ Independiente con Porvenir





POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153-6
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
www.positiva.gov.co

FORMULARIO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR **INDEPENDIENTE** A LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

SEÑOR CONTRATISTA
Recuerde que una vez cumplida la fecha de terminación de la afiliación, SI usted desea continuar con el cubrimiento ante nuestra ARL, lo invitamos a que ingrese al portal transaccional y registre la novedad respectiva.

20210427031128455711O1

I. DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

* TIPO DOC. (M D C T E P) / No. DE DOCUMENTO	1128455711
PRIMER APELLIDO	MEJÍA
SEGUNDO APELLIDO	LÓPEZ
PRIMER NOMBRE	PAOLA
SEGUNDO NOMBRE	ANDREA
* FECHA NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)	1992 / 02 / 29
SEXO (M F)	F
NACIONALIDAD	COLOMBIANA
EPS ACTUAL	SAVIA SALUD EPS
AFP ACTUAL	PORVENIR
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CL 54 78 A 24
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	MEDELLIN
CELULAR O TELÉFONO FIJO	3166465952
CORREO ELECTRÓNICO	PAOMT444@GMAIL.COM

II. INFORMACIÓN DE LA AFILIACIÓN O DEL CONTRATO

TIPO: ADMINISTRATIVO ( ) COMERCIAL ( ) CIVIL (X) — PÚBLICO ( ) PRIVADO (X) — SUMINISTRO DE TRANSPORTE SI ( ) NO (X)

*FECHA INICIO (AÑO / MES / DÍA)	2021 / 04 / 27
* FECHA DE TERMINACIÓN (AÑO / MES / DÍA)	---- / -- / --
No. DE MESES	---
DÍAS Y HORARIO DE TRABAJO	LUNES (X) MARTES (X) MIERCOLES (X) JUEVES (X) VIERNES (X) SABADO (X) DOMINGO (X) — DE 01:00 AM (X) PM ( ) HASTA 12:00 AM ( ) PM (X)
VALOR TOTAL	----------
VALOR MENSUAL	$908526
*INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	$908526
* ACTIVIDAD A EJECUTAR	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES JURIDICAS INCLUYE L.
CÓDIGO	1741101 USO ARL
CARGO U OCUPACIÓN	TÉCNICOS Y PROFESIONALES DEL NIVEL MEDIO DEL DERECHO DE S
TAXISTA SI ( ) NO (X)	
DIRECCIÓN	CL 54 78 A 24
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
MUNICIPIO	MEDELLIN

III. INFORMACION DEL CONTRATANTE, EMPRESA TRANSPORTADORA (Habilitada por el Ministerio de Transporte para taxistas) O CONTRATANTE PARA INDEPENDIENTE VOLUNTARIO.

* ENTIDAD CONTRATANTE TIPO DOC. (M D C N T E P) / No. DE DOCUMENTO / DV	899999998 / 4
* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO	1741101 DE ARL
DIRECCIÓN PRINCIPAL	CL 54 78 A 24
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.
TELÉFONO	3166465952
FAX	
CORREO ELECTRÓNICO	SOPORTE@POSITIVAINFO.COM
* DATOS QUIEN FIRMA CONTRATO TIPO DOC. (M D C T E P) / No. DE DOCUMENTO	
PRIMER APELLIDO	
SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE	

La clasificación del riesgo se determinará con el mayor entre la clase de riesgo del centro de trabajo del contratante y el propio de la actividad ejecutada por el contratista. (Art. 11 Dec 723/13)

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN DELTRABAJADOR INDEPENDIENTE AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES, EL CUAL SE RIGE EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN EL DECRETO LEY 1295 DE 1994, LEY 776 DE 2002, DECRETO 723 DE 2013, DECRETO 1563 DE 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE MODIFIQUEN, ADICIONEN O SUSTITUYAN.

DECLARO QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERÍDICOS Y PUEDEN SER CONFIRMADOS POR LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

* _____
FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ARL

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	1741101
CLASE DE RIESGO	1
TARIFA	0,52200

* **LA FALSEDAD EN LOS CAMPOS MARCADOS CON (*) GENERAN NULIDAD DEL FORMULARIO Y POR ENDE EN LA AFILIACIÓN**

Rev. Noviembre/ 2019

Autorizado por la Superintendencia Financiera para operar el ramo de seguros de Riesgos Laborales, mediante Resolución No. 3187 del 28 de Diciembre de 1995. Para todos los efectos de afiliación y cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DISTRIBUCIÓN GRATUITA PROHIBIDA SU VENTA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES - TRABAJADOR INDEPENDIENTE

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

A. Declaro que Positiva Compañía de Seguros S.A. (la "Compañía") me ha informado que el Aviso de Privacidad y el manual de tratamiento de Datos Personales se encuentra publicado en https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/default.aspx

B. Declaro que he sido informado que la Compañía podrá recolectar, almacenar, usar, procesar, transmitir, o transferir (el "Tratamiento"), la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades, entre otras: (a) Prestar los servicios de la Compañía de acuerdo con las necesidades particulares de sus clientes, con el fin de brindar los servicios y productos pertinentes; (b) Cumplir los contratos de servicios celebrados con los clientes, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de afiliaciones y suscripciones y del vínculo existente entre los beneficiarios de las pólizas y los asegurados; (c) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor financiero a la Compañía, incluyendo sin limitarse al diligenciamiento de las respectivas solicitudes de seguro y de afiliación a la administración de riesgos laborales, así como cualquier otro necesario para su vinculación a la Compañía; (d) El envío del clausulado o condicionado de las pólizas de seguro y/o del contrato de afiliación a la administración de riesgos laborales de la Compañía a los clientes, en virtud de lo señalado en el artículo 37 de la Ley 1480 de 2011 (Estatuto del Consumidor) o las normas que la modifiquen o adicionen; (e) ealizar los procesos de cotización, colocación y ejecución de los seguros de la Compañía, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos, incluyendo, pero sin limitarse a la verificación de la capacidad de pago del tomador del seguro; (f) El proceso relativo al trámite, pago y reembolso de siniestros y a la cancelación y revocación del seguro; (g) Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros; (h) Realizar el análisis de riesgos de las solicitudes de seguros o de afiliación a la administración de riesgos laborales que realicen los clientes de la Compañía, con el fin de hacerles recomendaciones para optimizar las pólizas o respecto de otro tipo de seguros que requieran u obtengan los clientes; (i) Realizar las actividades encaminadas a la gestión integral del seguro contratado con el fin de garantizar que los derechos de los clientes siempre sean representados y/o preservados; (j) Enviar información y ofertas comerciales de productos de la Compañía, así como realizar actividades de mercadeo, eventos, capacitaciones, seminarios, talleres y/o actividades de comercialización de servicios y/o productos que preste o que pudiera llegar a prestar u ofrecer la Compañía; (k) Elaborar estudios técnico-actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por la Compañía; (l) Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables de la Compañía, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (m) La transmisión de datos a terceros con los cuales se hayan celebrado contratos con este objeto, para fines comerciales, administrativos y/u operativos, incluyendo, pero sin limitarse a la expedición de carnets, de certificados y certificaciones a los clientes y/o a terceros, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes; (n) Verificar información jurídica, financiera y técnica en procesos contractuales que adelante la Compañía o terceros; (ñ) Procesos al interior de la Compañía, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; (o) Las demás finalidades que determinen los Responsables en procesos de obtención de Datos Personales para su Tratamiento, con el fin de dar cumplimiento a las obligaciones legales y regulatorias, así como a las políticas de la Compañía; (p) El proceso de archivo, de actualización de los sistemas y de protección y custodia de información y de bases de datos de la Compañía; (q) Adelantar campañas de actualización de datos; (r) El envío de las modificaciones a las Políticas, así como la solicitud de nuevas autorizaciones para el Tratamiento de los Datos Personales.

C. De acuerdo a lo anterior, declaro que autorizo a la Compañía, sus filiales, vinculadas, controladas, y/o terceros contratados por la Compañía para la ejecución de sus obligaciones contractuales, para el Tratamiento de mis Datos Personales, para las finalidades anteriormente informadas, que se encuentran descritas en la Política de Tratamiento de Datos Personales, y en el marco de lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y la Ley 1266 de 2008, y todas aquellas que las modifiquen, adicionen, supriman o reglamenten, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales. **Sí** [X] **No** [ ]

D. Datos Sensibles: Declaro que he sido informado que la siguiente información es considerada como Datos Sensibles en el marco del presente Contrato: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que la Compañía pueda recolectar, solicitar, consultar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar, y en general, realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados por la Compañía en el pasado, en el cumplimiento de sus deberes legales, e informo que se ha manifestado que los mismos no serán usados para fines distintos a los informados y que en todo caso no podrán ser usados para fines comerciales. Así mismo, autorizo a la Compañía para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **Sí** [X] **No** [ ]

E. eclaro y acepto que la Compañía podrá llevar a cabo la transferencia, transmisión, traslado, entrega, y/o divulgación de los Datos Personales a terceros autorizados por mí o por la ley, físicamente, por correo electrónico, o por cualquier medio de comunicación, cuando así se requiera en el cumplimiento de sus deberes legales y/o contractuales, manteniendo siempre los debidos estándares de reserva y seguridad sobre los mismos.

F. Declaro que he sido informado que el Responsable del Tratamiento de los Datos Personales, es Positiva Compañía de Seguros S.A., la cual podrá ser contactada a través de:

Dirección: Avenida Carrera 45 No. 94 – 72 Vicepresidencia de Operaciones - Grupo de Servicio al Cliente. Edificio Positiva Compañía de Seguros, Bogotá D.C.
Correo Electrónico: servicioalcliente@positiva.gov.co
Teléfono: 3307000 en Bogotá y 018000111170 para el resto del país.
Contacto Proceso PQRD.

G. Declaro y acepto que la Compañía me ha informado sobre mis derechos como titular de los Datos Personales, los cuales son:

a. Conocer, actualizar y rectificar los Datos Personales frente a los responsables del Tratamiento o encargados del Tratamiento.
b. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente esté exceptuado por la ley, como requisito para el Tratamiento.
c. Ser informado, por el responsable del Tratamiento o el encargado del Tratamiento, cuando así se lo solicite, sobre el uso que le ha dado a los Datos Personales.
d. Presentar ante la autoridad competente quejas por infracciones a la normativa de protección de datos.
e. 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, previa verificación por parte de la autoridad competente.
f. Acceder gratuitamente a los Datos Personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
g. Los demás derechos consagrados en la Política de Tratamiento de la Información de Positiva.

Se firma la presente autorización en la ciudad de MEDELLIN a los (27) días del mes de ABRIL del año 21

PAOLA ANDREA MEJÍA LÓPEZ

Nombres y Apellidos del Trabajador Independiente

Firma del Trabajador Independiente

ANEXO No. 1 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES (FUIPSRL) FORMATO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS PARA LA AFILIACIÓN VOLUNTARIA DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	Fecha de radicación (aaaa mm dd)	20210427
	Fecha identificación de peligros (aaaa mm dd)	20210427

I. TIPO DE TRÁMITE

Tipo de trámite	Identificación de Peligros [ ]	Novedad [ ]

I.I NOVEDADES MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL FUIPSRL

Tipo de Novedad			
	[ ] Por cambio de ocupación u oficio	[ ] Suspensión contrato	[ ] Por Accidente de Trabajo o enfermedad laboral
	[ ] Identificación de un nuevo peligro.	[ ] Cambio de datos personales (dirección, teléfono)	

Fecha de novedad (aaaa mm dd) 20210427

II. DATOS DEL TRABAJADOR DONDE REALIZA LA OCUPACIÓN U OFICIO

Tipo documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
[X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE	MEJÍA	LÓPEZ	PAOLA	ANDREA
Número de documento 1128455711	**Dirección**	**Ciudad**	**Departamento**	
	CL 54 78 A 24	MEDELLIN	ANTIOQUIA	
Fecha de nacimiento (dd mm aaaa) 29021992	**Teléfono**	**Teléfono móvil**	**Correo electrónico**	
		3166465952	PAOMT444@GMAIL.COM	

Código Ocupacion u Oficio	Clase de riesgo	CIU-08	Dígitos Adicionales	Nombre de Ocupacion u Oficio a la cual se va a afiliar
	1	3411	01	TÉCNICOS Y PROFESIONALES DEL NIVEL MEDIO DEL DERECHO DE SERVICIOS LEGALES Y AFINES

Género	Código EPS	Nombre EPS	Código AFP
[ ] M [X] F	EPS040	SAVIA SALUD EPS	230301
	Código ARL 14-23	**Nombre ARL** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	**Nombre AFP** PORVENIR

III. INFORMACIÓN DE LUGAR DE RESIDENCIA DEL TRABAJADOR

Dirección	Teléfono	Teléfono celular
CL 54 78 A 24		3166465952
Ciudad MEDELLIN	**Departamento** ANTIOQUIA	

IV. INFORMACIÓN DE DATOS CONYUGUE, COMPAÑERO (A) PERMANENTE O ACUDIENTE

Tipo documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
[X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] CD [ ] PE	LOPEZ	LOPEZ	MIRIAM	
Número de documento 21877932	**Dirección**	**Ciudad**	**Departamento**	**Teléfono**
	CL 54 78 A 24	MEDELLIN	ANTIOQUIA	3007885989

V. IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS (marque con una x unicamente los peligros a que se expone en su ocupación u oficio diaria)

V.I PELIGROS FÍSICOS

ENERGÍA MECÁNICA	ENERGÍA TÉRMICA	ENERGÍA ELECTROMAGNÉTICA
[ ] RUIDO	[ ] TEMPERATURA EXTREMA POR FRÍO	[ ] RADIACIONES NO IONIZANTES
[ ] VIBRACIÓN	[ ] TEMPERATURA EXTREMA POR CALOR	[ ] RADIACIONES IONIZANTES
[ ] PRESIONES ATMOSFÉRICAS EXTREMAS		

V.II PELIGROS QUIMICOS

AGREGADOS MOLECULARES	MOLECULARES
[X] AEROSOLES SÓLIDOS: Fibras polvos y humos [ ] AEROSOLES LÍQUIDOS: Nieblas	[ ] GASES: Orgánicos o Inorgánicos [ ] VAPORES

V.III PELIGROS BIOLOGICOS

MICROORGANISMOS	ARTRÓPODOS	ANIMALES	
[ ] VIRUS [ ] RICKETTSIAS	[ ] CRUSTÁCEOS [ ] ROEDORES	[ ] INVERTEBRADOS; Parásitos, Protozoos	[ ] VEGETALES, Musgos, Helechos, Semillas
[ ] BACTERIAS [ ] HONGOS	[ ] ARÁCNIDOS	[ ] VERTEBRADOS	

V.IV PELIGROS ERGONÓMICOS

CARGA FÍSICA	DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO
[X] ESTÁTICA: Posturas inadecuadas; prolongadas, mantenidas, inadecuadas, forzadas o extremas, antigravitacionales.	[X] PLANOS DE TRABAJO INADECUADO
[X] DINÁMICA: Inadecuada aplicación de fuerzas, Inadecuada movilización de cargas, Movimientos repetitivos.	[X] ESPACIOS DE TRABAJO INADECUADO

V.V PELIGROS DE SEGURIDAD

FISICO -QUIMICO	ELÉCTRICO	MECÁNICOS	LOCATIVOS
[ ] INCENDIO	[ ] ALTA TENSIÓN (> 57,5 Kilovoltios a 230 Kilovoltios)	[X] MAQUINAS Y EQUIPOS	[ ] TRABAJO EN ALTURAS
[ ] EXPLOSIÓN	[ ] MEDIA TENSIÓN (< 1000 Voltios a <= 57,5 kilovoltios)	[X] HERRAMIENTAS (choques, golpes, aplastamientos)	[X] ORDEN Y ASEO
[ ] FUGAS DE PRODUCTOS QUÍMICOS	[ ] BAJA TENSIÓN (= 25 Voltios A <= 1000 voltios)	[X] MECANISMOS EN MOVIMIENTO (Poleas, engranajes, piñones, etc)	[X] ALMACENAMIENTO DE MATERIALES (Distribución, Apilamiento)
[ ] REACCIONES QUÍMICAS	[ ] EQUIPOS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)	[ ] EQUIPOS Y LÍNEAS DE PRESIÓN (líneas de presión de aire o vapor, cilindros, etc)	[X] DISPOSICIÓN DE MÁQUINAS Y EQUIPOS (Señalización, Distribución área de trabajo)
	[ ] TABLEROS ELÉCTRICOS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)		[X] INSTALACIONES (área de Trabajo, Estructuras, Pisos, Paredes, Techos, Escaleras, etc)
	[ ] INSTALACIONES ELÉCTRICAS (choques eléctricos,arco eléctrico, electrocución)		

V.VI PELIGROS FENÓMENOS NATURALES	V.VII PELIGROS PÚBLICOS
[X] TERREMOTOS	[X] HURTO
[ ] INUNDACIONES	[ ] MANIFESTACIÓN
[ ] AVALANCHAS	[ ] TERRORISMO
[ ] ERUPCIÓN VOLCÁNICA	[ ] EXTORSIÓN Y BOLETEO
[ ] TORMENTAS	[ ] SECUESTRO

V. VIII PELIGROS PSICOSOCIAL FACTORES DE RIESGO					
MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CONDICIONES INTRALABORALES			CONDICIONES EXTRALABORALES		
Se maneja gran cantidad de información, es compleja y/o debe emplearse de manera simultánea	X		El tiempo dedicado a la familia y el descanso es escaso o limitado	X	
Se tiene responsabilidad por manejo de dinero, bienes, salud o seguridad de otras personas	X		Las relaciones familiares son conflictivas y/o afectan el desarrollo del trabajo	X	
El trabajo y las condiciones en que se realiza implica un gran esfuerzo físico y fatiga	X		La situación económica es complicada por bajos ingresos y/o deudas	X	
Se expone a trato negativo del público y/o de compañeros de trabajo	X		El desplazamiento vivienda trabajo vivienda requiere mucho tiempo	X	
La comunicación con otras personas es escasa y/o conflictiva	X				
Las jornadas de trabajo son extensas, en horario nocturno y/o sin descanso	X				
El tiempo para desarrollar el trabajo es insuficiente	X				
Se cuenta con tiempo para realizar pausas durante la jornada diaria	X				
CONTROL	SI	NO		SI	NO
El trabajo impide el desarrollo de habilidades y conocimientos	X		El esfuerzo realizado no corresponde con el salario	X	

CON ESTE FORMATO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EN LA IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS A LA CUAL USTED SE EXPONE EN LA OCUPACIÓN Y OFICIO QUE USTED REALIZA EN SU JORNADA LABORAL DIARIA EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN DECRETO 1763 DEL 2016 Y DEMÁS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

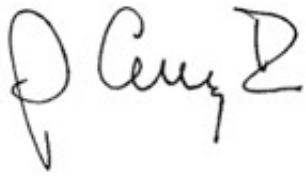
Firma del Trabajador	Firma del Funcionario de la ARL

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
AL PBS SAVIA SALUD EPS

PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ, identificado con CC 1128455711
aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente información:

Tipo y nro identificación:	CC 1128455711
Nombres y apellidos:	PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ
Nivel del Sisben:	N
Fecha de afiliación:	2014-09-24
Ciudad:	FREDONIA
Régimen:	Subsidiado
Estado de afiliación:	Activo
Modelo de liquidación:	CAPITA
Fecha de retiro:	
Semanas afiliación:	343 semanas con 5 días

El presente documento fue generado el 2021-04-26 13:31:45



ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
Director de Aseguramiento
Fecha de generación:

VIGILADO Supersalud

Línea de atención: (4) 460 16 74 - 018000423683 - medellín - Antioquia
www.saviasaludeps.com

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.128.455.711**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Abril del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Libertad y Orden

Superintendencia de Notariado y Registro
Ministerio del Interior y de Justicia
República de Colombia

51 años
Garantizando la guarda de la fe pública en **Colombia**

CREACION DE TERCEROS PERSONA JURIDICA

FORMATO PARA LA CREACION DE TERCEROS (PERSONA JURIDICA)

I. INFORMACION BASICA (Persona Juridica)

NATURALEZA JURIDICA: **PERSONA JURIDICA NACIONAL:** ☐ **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** **NIT** ☐

PERSONA JURIDICA EXTRANJERA: ☐ **OTRO** ☐

NUMERO DE DOCUMENTO NIT (Incluir Codigo de Verificación) _____ _____ **RAZÓN SOCIAL:** _____

CÁMARA DE COMERCIO: _____ **NÚMERO DE MATRICULA MERCANTIL:** _____

II. INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL: _____ **TIPO DE CAPITAL:** **MIXTO** ☐

PRIVADO ☐

ENTIDAD PROCESO LIQUIDATORIO: **NO** ☐ **PÚBLICO** ☐

SI ☐

PORCENTAJE DE PARTICIPACION DEL CAPITAL: **PÚBLICO** ___ %

PRIVADO ___ %

TOTAL ___ %

III DEPENDENCIA ORGANIZACIONAL

TIPO DE DEPENDENCIA ORGANIZACIONAL **FILIAL** ☐ **DESCRIPCIÓN** _____

MATRIZ ☐

SUBSIDIARIA ☐ **CODIGO DE LA DEPENDENCIA ORGANIZACIONAL:** _____

SUBUNIDAD ☐

SUCURSAL ☐

UNIDAD EJECUTORA ☐

TIPO DE ENTIDAD PUBLICA: **ECONOMIA MIXTA** ☐ **ORDEN DE LA ENTIDAD PÚBLICA:** **DEPARTAMENTAL** ☐

ENTIDADES ACN ☐ **DISTRITAL** ☐

ESTA PUBLICOS ☐ **MUNICIPAL** ☐

INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO ☐ **NACIONAL** ☐

TIPO DE ADMINISTRACIÓN: **ADMINISTRACIÓN CENTRAL** ☐ **CODIGO DE CONSOLIDACIÓN:** _____

ADMINISTRACIÓN DESCENTRALIZADA ☐

V INFORMACION TRIBUTARIA

NUMERO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA NIT (*Incluir Codigo de Verificación*)

ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU: **CODIGO:** **DESCRIPCIÓN:**

RESPONSABILIDADES TRIBUTARIAS:

REGIMEN SIMPLIFICADO ☐

REGIMEN COMUN ☐

GRAN CONTRIBUYENTE ☐

AUTORETENEDOR

SI ☐

NO ☐

TIPO DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA:

ICA BOGOTA ☐

IMPUESTO DE TIMBRE ☐

IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS ☐

INFORMACION EXOGENA ☐

RENTA ☐

V. UBICACIÓN

LOCALIZACION: **NACIONAL** ☐ **EXTRANJERO** ☐ **APARTADO AEREO**

PAGINA WEB:

CONTACTO:

VI DIRECCIÒN

TIPO DE DIRECCION:

DIRECCION PROCESAL ☐

DOMICILIO CIVIL ☐

DOMICILIO CONTRACTUAL ☐

D O M ☐

DIRECCION:

PAIS: COLOMBIA

REGIÓN: CUNDINAMARCA

TELEFONO: **CIUDAD:** **FAX:**

VII REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL:

ALBACEAS ☐

DONATARIOS O ASIGNATARIOS ☐

MANDATARIOS O APODERADOS GENERALES ☐

REPRESENTE LEGAL DE PERSONAS JURIDICAS ☐

REVISOR FISCAL ☐

TUTORES Y CURADORES POR LOS INCAPACES ☐

OTROS ☐

CARGO:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

NÚMERO DE DOCUMENTO: **TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

Para el registro de las cuentas bancarias el beneficiario deberá informar por escrito el número de la misma y anexar una certificación de la entidad bancaria en la que conste que es el cuentahabiente, su identificación, el número, el tipo de cuenta y si a la fecha está activa. Este documento será parte integral del acto administrativo que afecte las apropiaciones presupuestales. (Decreto N.2789 de 2004 - 31/08/2004).

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 – PBX (1)328-21- 21 - Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
Email: correspondencia@supernotariado.gov.co

CREACION DE TERCEROS PERSONA NATURAL

I. *INFORMACION BASICA (Persona Natural)*

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Paola Andrea Mejía López **CEDULA** 1,128,455,711

FECHA DE EXPEDICION DE LA CEDULA: 6/3/2010

PROFESION: _____ **NUMERO DE LA MATRICULA:** _____

II. *UBICACIÓN*

LOCALIZACION: **NACIONAL** [x] **EXTRANJERO** [ ] **APARTADO AEREO** _____

PAGINA WEB: _____ **E-MAIL:** paomt444@gmail.com

CONTACTO: _____ **E-MAIL CONTACTO:** _____

III. *DIRECCIÒN*

TIPO DE DIRECCIÓN:

- **DIRECCIÓN PROCESAL** [ ]
- **DOMICILIO CIVIL** [x]
- **DOMICILIO CONTRACTUAL** [ ]
- **DOMICILIO FISCAL** [ ]

DIRECCION: Calle 54 No 78 A 24

PAIS: Colombia

REGIÓN: Antioquia

TELEFONO: 3166465952 **CIUDAD:** Medellín **FAX:** _____

IV. *INFORMACION TRIBUTARIA*

NUMERO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA NIT (*Incluir Codigo de Verificación*) _____

ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU: **CODIGO:** _____ **DESCRIPCIÓN:** _____

RESPONSABILIDADES TRIBUTARIAS:

- **REGIMEN SIMPLIFICADO** [x]
- **REGIMEN COMUN** [ ]
- **GRAN CONTIBUYENTE** [ ]

Para el registro e las cuentas bancarias el beneficiario deberá informar por escrito el número de la misma y anexar una certificación de la entidad bancaria en la cuentahabiente, su identificación, el número, el tipo de cuenta y si la fecha está activa. Este documento será parte integral del acto administrativo que afecte las apropiaciones presupuestales. (Decreto N. 2789 de 2004 - 31/08/2004).

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001 Certificado Nº SC 7086-1
IQNet
Certificado Nº GP 174-1

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 – PBX (1)328-21- 21 - Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
Email: correspondencia@supernotariado.gov.co

Certificado
Bancario

Lunes, 26 de abril de 2021

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PAOLA ANDREA MEJIA LOPEZ identificado(a) con CC 1128455711, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

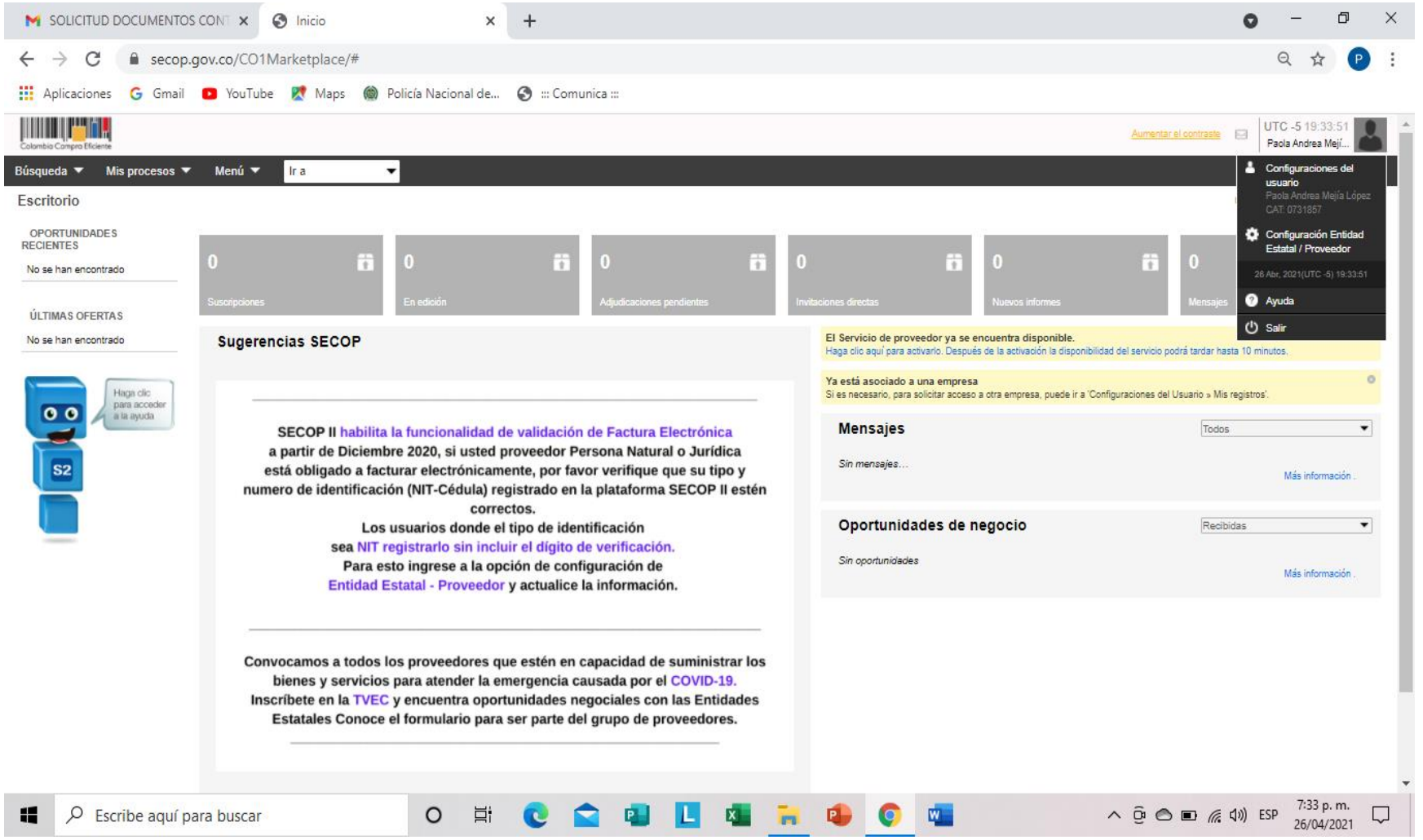
Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	31000000917	2020/08/04	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Bancolombia


SOLICITUD DOCUMENTOS CONT
Inicio
secop.gov.co/CO1Marketplace/#
Aplicaciones
Gmail
YouTube
Maps
Policía Nacional de...
::: Comunica :::
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 19:33:51
Paola Andrea Mejí...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
Paola Andrea Mejía López
CAT: 0731857
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
26 Abr, 2021(UTC -5) 19:33:51
Ayuda
Salir
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
Sugerencias SECOP
SECOP II habilita la funcionalidad de validación de Factura Electrónica a partir de Diciembre 2020, si usted proveedor Persona Natural o Jurídica está obligado a facturar electrónicamente, por favor verifique que su tipo y numero de identificación (NIT-Cédula) registrado en la plataforma SECOP II estén correctos.
Los usuarios donde el tipo de identificación sea NIT registrarlo sin incluir el dígito de verificación.
Para esto ingrese a la opción de configuración de Entidad Estatal - Proveedor y actualice la información.
Convocamos a todos los proveedores que estén en capacidad de suministrar los bienes y servicios para atender la emergencia causada por el COVID-19.
Inscríbete en la TVEC y encuentra oportunidades negociales con las Entidades Estatales Conoce el formulario para ser parte del grupo de proveedores.
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
Escribe aquí para buscar
ESP
7:33 p. m.
26/04/2021

Ciudad y fecha

Señores
DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

REF: Autorización para el cargue de documentos en la plataforma SECOP II.

Yo Paola Andrea Mejía López, Identificado(a) con C.C. 1128455711, autorizo a la Dirección de Contratación de la Superintendencia de Notariado y Registro a cargar sin confidencialidad en la plataforma SECOP II, mis documentos personales allegados dentro del trámite de contratación.

Los documentos son los siguientes:

a) Cédula de Ciudadanía.
b) Libreta militar (Cuando aplique).
c) Tarjeta profesional o matricula profesional (cuando aplique).
d) Certificado de antecedentes profesionales y vigencia de Tarjeta Profesional (Cuando aplique)
e) Antecedentes Policía con una vigencia no superior a 3 meses.
f) Registro nacional de medidas correctivas, con una vigencia no superior a 1 mes.
g) Antecedentes disciplinarios (Procuraduría), con una vigencia no superior a 3 meses.
h) antecedentes fiscales (Contraloría), con una vigencia no superior a 3 meses.
i) Registro Único Tributario RUT actualizado año 2019.
j) Pantallazo constancia de publicación Declaración de Bienes y Rentas y conflictos de interés Ley 2013 de 2019
k) Hoja de vida Sigep
l) Soportes académicos y de experiencia.
m) Planilla de pago seguridad social o soportes de afiliación a salud y pensión actualizados.
n) Formato de Creación de terceros.
o) Cuenta Bancaria Actualizada.
p) Constancia de Creación del usuario proveedor en el Secop II.

En constancia de lo anterior se firma el presente documento a los 26 días del mes de abril del año 2021.

Firma

