



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Panameño</u>                                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><u>Riascos</u>                   | NOMBRES<br><u>Sulally</u>                                                                                                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>66928019</u>                     | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                          |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                                |                                                                    |                                                                                                                                                                                                 |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>04</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1975</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO <u>Valle del Cauca</u><br>MUNICIPIO <u>Cali</u> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>Cra. 26K # 72079</u><br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Valle</u><br>MUNICIPIO <u>Cali</u><br>TELÉFONO <u>315 562 0336</u> EMAIL <u>Sulally245@hotmail.com</u> |

## 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:              |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|------|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     |      | MEDIA                               | FECHA DE GRADO                |  |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10o. | <input checked="" type="checkbox"/> | MES <u>06</u> AÑO <u>1995</u> |  |

### EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TE (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MQ (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  |                            |
| TC                  | 2                       | X        |    | Téc. Nomina y Prestaciones Sociales      | 07          | 2020 |                            |
|                     |                         |          |    |                                          |             |      |                            |
|                     |                         |          |    |                                          |             |      |                            |
|                     |                         |          |    |                                          |             |      |                            |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, 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 |
| Inglés | X        |   |    | X      |   |    | X          |   |    |

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 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<br>Donucape SAS                                                                                     | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Valle del Cauca                                                                                       | MUNICIPIO<br>Cali                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>oc.tenle@donuindonuts.com.co |                  |
| TELÉFONOS<br>6535922 ext. 102 - 104                                                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 22 MES 07 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 21 MES 07 AÑO 2020                  |                  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>Auxiliar de Nómina                                                                         | DEPENDENCIA<br>Administrativa              | DIRECCIÓN<br>Av. 2 A Norte # 31N-97                        |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                            |                                                            |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Almacen la victoria - Adornos                                                                    | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Valle del cauca                                                                                       | MUNICIPIO<br>Cali                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>lavictoriacali@hotmail.com   |                  |
| TELÉFONOS<br>882 32 76.                                                                                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 08 MES 08 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 28 MES 01 AÑO 2019                  |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Vendedora Mostrador                                                                               | DEPENDENCIA<br>Ventas                      | DIRECCIÓN<br>Cra. 8 # 13-105                               |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                            |                                                            |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Containers CO.                                                                                   | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Valle del Cauca                                                                                       | MUNICIPIO<br>Cali                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>containerco@gmail.com        |                  |
| TELÉFONOS<br>300 614 44 78.                                                                                           | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 09 MES 02 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 07 AÑO 2018                  |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Asist. Serv. al Cliente                                                                           | DEPENDENCIA<br>Servicio al Cliente         | DIRECCIÓN<br>Cra. 34 # 4-95                                |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                            |                                                            |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Artefino Targetas E.U.                                                                           | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                               | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Valle del Cauca                                                                                       | MUNICIPIO<br>Cali                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>artefinoev@hotmail.com       |                  |
| TELÉFONOS<br>315 447 0660.                                                                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 05 MES 10 AÑO 2001 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 14 MES 02 AÑO 2014                  |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar Administrativo                                                                           | DEPENDENCIA<br>Administrativa              | DIRECCIÓN<br>Cll. 23AN # 3N-75                             |                  |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

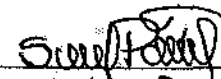
| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            |                       |       |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 24                    |       |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 24                    |       |

5 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 ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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 \_\_\_\_\_

Cali, Agosto 20 de 2021

## CARTA DE RECOMENDACIÓN

A QUIEN CORRESPONDA:

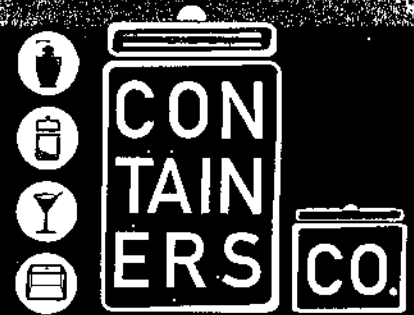
Me permito informarle que conozco amplia y detalladamente a la SRA. **SULALLY PANAMEÑO RIASCOS** con cédula 66.928.019 de Cali, trabajó en mi empresa ARTEFINO EU TARJETAS desde noviembre del 2001 hasta el 14 de diciembre del 2014, desempeñándose como Asistente de Servicio al Cliente y el último periodo como Auxiliar Administrativa. Es una una persona íntegra, estable y totalmente responsable, competente para cualquier tipo de labor que se le encomiende.

Por lo tanto no tengo ningún inconveniente en recomendarla ampliamente.

Atentamente,

  
PATRICIA VALLEJO

CEL. 315 447 0660



Cali, julio 27 de 2018

### A QUIEN PUEDA INTERESAR

La presente es para certificar que la señora **SULALLY PANAMEÑO RIASCOS** identificada con cedula de ciudadanía No. **66.928.019** de Cali, laboro en nuestra empresa **CONTAINERS CO S.A.S.** desde el día 09 de febrero de 2015 hasta el día 30 de julio de 2018, desempeñando el cargo de Asistente de Servicio al Cliente, inicialmente con contrato de obra o labor por medio de la temporal Temporales Plus y posteriormente directo por la empresa.

Atentamente,

*Maria Catalina D*  
**MARIA CATALINA DOMINGUEZ**  
Celular: 300 614 44 78

---

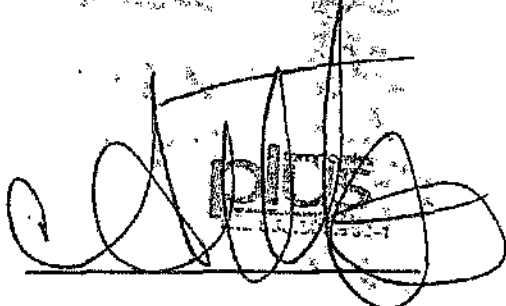
Carrera 34 # 4-95 Esquina Barrio San Fernando, Cali  
Telefono: 3113651183  
containersco@gmail.com

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Con la presente comunicación certificamos que la señora **SULALLY PANAMEÑO RIASCOS** con C. C. No. 66.928.019, laboró en **TEMPORALES PLUS E.S.T S.A.**, para nuestra empresa cliente **CONTAINERS CO SAS**, desde el 09 de Febrero de 2016 hasta el 15 de Febrero de 2017 y desde el 23 de Febrero de 2017 hasta el 28 de Febrero de 2018, en el cargo de **ATENCION AL CLIENTE**, con contratos en misión por obra o labor determinada.

Para confirmación de datos se puede comunicar al PBX 5243044.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Cali, a los Veintisiete (27) días del mes de Junio de 2018.



**ANGIE C. LOPEZ GOMEZ**  
**DIRECTORA GESTIÓN HUMANA**  
**TEMPORALES PLUS S.A**

Carrera 8a. No. 13-105  
Cali - Colombia  
lavictoriacali@hotmail.com

 lavictoriacali

ALMACEN  
**LA VICTORIA**

TODO EN ADORNOS

Teléfono: 882 3276  
Fax: 881 0303  
Cel.: 316 323 5559

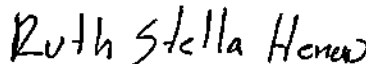
Cali, Enero 28 de 2019

### A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente me permito recomendar a la señora **SULALLY PANAMEÑO RIASCOS** identificada con cedula de ciudadanía No. 66.928.019 de Cali, la cual laboró en esta empresa **LA VICTORIA Y CIA S.A.S.** con Nit. número 890302722-5, desde Agosto de 2018 hasta enero de 2019.

Se firma en Cali a los 28 días del mes de enero de 2019.

Atentamente,

  
**RUTH STELLA HENAO**  
Jefe de Personal



**DONUCAFE**  
**S.A.S**  
900.292.786-7

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
DONUCAFE S.A.S.

NIT 900.292.786

**CERTIFICA QUE:**

La Señora, **PANAMEÑO RIASCOS SULALLY** identificado con cédula de ciudadanía No **66928019** laboro en la empresa desde el día 22 de enero de 2020 hasta el 21 de julio 2020, desempeñándose como **APRENDIZ SENA EN NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES**.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los veintiún (21) días del mes de agosto del año 2020.

Atentamente.

Katherine Alzate Sanchez.  
**KATERINE ALZATE SANCHEZ**  
Auxiliar de oficina

**DONUCAFÉ S.A.S**  
900.292.786-7

**DONUCAFÉ S.A.S**  
NIT. 900.292.786-7



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04 JUN 1975

CALI  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

30-JUL-1993 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES



A-3100150-00209506-F-0066928019-20100118

0020046474A 1

3120109765

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 66.928.019

PANAMENO RIASCOS

APELLIDOS

SULALLY

NOMBRES

*[Signature]*

FIRMA





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*

**SULALLY PANAMEÑO RIASCOS**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 66928019*

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

**Título de**

**TÉCNICO EN**

**NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Cali,  
a los veintiseis (26) días del mes de mayo de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO

Subdirector CENTRO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA DE SERVICIOS  
REGIONAL VALLE

61721858 - 26/05/2021

No y FECHA REGISTRO



REGIONAL VALLE  
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS

## ACTA DE GRADO

Nº Y FECHA REGISTRO 61721050 - 26/05/2021

### EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

#### CONSIDERANDO

Que: **PANAMEÑO RIASCOS SULALLY**. Con Cedula de Ciudadania No. 66928019

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE  
OTORGARLE EL TÍTULO DE:

### TÉCNICO EN NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES

En constancia de lo anterior se firma la presente en Cali, a los veintiseis (26) días del mes de mayo de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

EDGAR ORLANDO HERRERA PRIETO  
Subdirector CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS  
REGIONAL VALLE

# Certifica que: *Sulally Panameño Riascos*

*Identificado con Documento N° 66.928.019*

Participó en el programa de:  
*"Paquete Excel Avanzado"*

*Intensidad: (40) horas*

*Para Yuliana González Gamboa, celebrado en Santiago de Cali entre los años 15 de Junio al 02 de Julio del 2024.*  
"Norma sectorial de competencia laboral SENÁ" Utilizar herramientas Informáticas de acuerdo con las necesidades de manejo de información."

*Magali Libreros Berthel*  
Centro de Formación y Educación continuada  
FENALCO

# Certifica que: *Sulally Panameño Riascos*

*Identificado con Documento N° 66.928.019*

Participó en el programa de:

*"Paquete Excel Básico e Intermedio"*

*Intensidad: (40) horas*

*Sandrea Patricia Delgado Preciado, celebrado en Santiago de Cali entre los días 20 de Abril al 03 de Mayo del 2021.*  
"Norma sectorial de competencia laboral SENA " Utilizar herramientas informáticas de acuerdo con las necesidades de manejo de información."

*Leopoldo Bertrán*

Magali Liberos Bertini

Centro de Formación y Educación continuada  
FENALCO



Servicio  
de Empleo



delagente

EDICIÓN 1.07 V. 01

Comfenalco Valle

# Certifica que: *Sulally Panameño Riascos*

*Identificado con Documento N° 66.928.019*

Participó en el programa de:

**"Servicio al Cliente"**

*Intensidad: (40) horas*

Dictado por: *Nancy Fabiola Delgado Preciado, celebrado en Santiago de Cali entre los meses de Marzo al 03 de Abril del 2024.*  
*Norma sectorial de competencia laboral SENA "Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativo"*

*Leopoldo L. Hernández*

Magall Liberos Bertini  
Centro de Formación y Educación continuada  
FENALCO



República de Colombia  
Departamento del Valle del Cauca  
Municipio de Santiago de Cali

# El Liceo Superior Latinoamericano

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental, según Resolución No. 0781 de Agosto 20 de 1991 (1a. - 2a. - 3a. y 4a.). Resolución No. 618 del 18 de Febrero de 1975 (5a. y 6a.)

Confiere la presente

## Mención Honorífica

A la alumna

SOLALLY PANAMENO RIASCOS

Del Grado 11.02

Jornada MAÑANA

De Bachillerato

Por su DESTACADO RENDIMIENTO ACADEMICO Y ESFUERZO EN EL ESTUDIO

Del 16 de ENERO de 1995 al 22 de FEBRERO 1995

Período (s) SEGUNDO del año lectivo 1994 a 1995



Aector (s)

*Jairo A. Rodríguez*  
Director (s) de Grupo



# LICEO SUPERIOR LATINOAMERICANO

NIT. 90305298

Aprobado por el Ministerio de Educación Departamental Pre-escolar Resolución No.0043 del 12 de Febrero de 1977  
Básica Primaria Resolución No. 0130 del 26 de Marzo de 1992 Bachillerato Comercial Resolución No. 0781 del  
20 de Agosto de 1991, Bachillerato Académico 10o. y 11o. Resolución No. 618 del 18 de Febrero de 1975.

EL SUSCRITO RECTOR DEL LICEO SUPERIOR LATINOAMERICANO

HACE CONSTAR;

que PANAMENO RIASCOS SULALLY, identificada con la C.C.  
66.928.019 de Cali, se encuentra MATRICULADA, en este  
Plantel para el grado UNDECIMO DE BACHILLERATO COMER-  
CIAL, periodo lectivo de 1.994=1.995.

La presente se expide para acreditar MATRICULA.

para Constancia se firma en Cali, a los 12 días del  
mes de Agosto de 1.994.



**Duplicado**  
Resolución interna rectoral  
057 de 12/07/2019



La República de Colombia  
y en su nombre la

Institución Educativa Escuela Normal Superior Farallones de Cali  
por delegación de la Secretaría de Educación Municipal conforme a la Resolución  
No. 0781 de Agosto 20 de 1991 para la custodia de los archivos respectivos del

## Liceo Superior Latinoamericano

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según  
Reconocimiento Oficial No. 428 del 09 de Junio de 1999  
Confiere a

**Sulally Panameño Riascos**

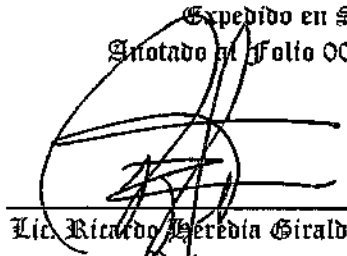
Identificado con C.C N° 66.928.019 de Cali

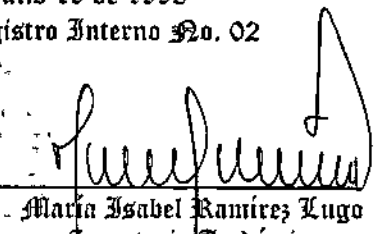
el Título de

**Bachiller Comercial**

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel  
de Educación Media Vocacional Según los planes y programas vigentes

Expedido en Santiago de Cali, Julio 19 de 1995  
Anotado en Folio 006 del Libro de Registro Interno No. 02

  
Lic. Ricardo Heredia Giraldo  
Rector

  
María Isabel Ramírez Lugo  
Secretaría Académica

2 Concepto ☒ 1 Inscripción

4. Número de formulario

14782807035



(415)7707212489984(8020) 000001478280703 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV 1 2 Dirección seccional

14. Buzón electrónico

6 6 9 2 8 1 9 5

Impuestos de Cali

5

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

6 6 9 2 8 1 9

27. Fecha expedición

1 9 9 3 0 7 3 0

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

31. Primer apellido

PANAMEÑO

32. Segundo apellido

RIASCOS

33. Primer nombre

SULALLY

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CR 26 K # 72 U 79

42. Correo electrónico

sulally245@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 5 6 2 0 3 3 6

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 2 1 1

2 0 1 0 0 2 2 8

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

8 2 9 9

2 0 1 0 0 2 2 8

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 1 1

2 0 1 0 0 2 2 8

8 2 9 9

2 0 1 0 0 2 2 8

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

## 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

## Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

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

☐

60. No. de Folios

1

61. Fecha

2021 - 08 - 30 / 12 : 28 : 49

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación de 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 de artículo 161220 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PANAMEÑO RIASCOS SULALLY

985. Cargo Contribuyente



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, 11/08/2021 01:06:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **66928019** y  
Nombre: **SULALLY PANAMEÑO RIASCOS.**

## 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. **24940395**. 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 Búsqueda

Imprimir

Información

015 4000

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



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 miércoles 11 de agosto de 2021, a las 12:04:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | CC                   |
| No. Identificación     | 66928019             |
| Código de Verificación | 66928019210811120403 |

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 PULIDO  
CONTRALORA DELEGADA

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 173523354**



WEB

11:56:06

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 11 de agosto 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) **SULALLY PANAMEÑO RIASCOS** identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 66928019:

**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

**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.



**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**

### **Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

#### **La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 13:09:37 horas del 06/09/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **66928019**

Apellidos y Nombres: **PANAMEÑO RIASCOS SULALLY**

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



Dirección: 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



Presidencia



Ministerio de



Portal Único



Gobierno en

**AUTORIZACION CONSULTAS DE ANTECEDENTES RESGISTRO DE  
INHABILIDADES DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA PERSONAS  
MENORES DE EDAD**

El suscrito SULALLY PANAMENO RIASCOS, identificado con C.C No. 66.928.019, expedida en Cali (V), autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a Gobernación Valle del Cauca con NIT 890399029-5, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidad por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa – Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inciso de esta y mientras se encuentra vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizara de conformidad con a normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y manifestando que ha sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma:

  
-----

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

**La Policía Nacional de Colombia Informa:**

Que siendo las 18:54:49 horas del 12/08/2021, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **66928019**,  
Apellidos y Nombres **PANAMENO RIASCOS SULALLY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SANTIAGO DE CALI DISTRITO ESPECIAL, DEPORTIVO, CUL**, con NIT **890399011-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de Inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>

[illegible]

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

### CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SULALLY PANAMENO RIASCOS identificado(a) con C.C No. 66.928.019, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 11 de agosto del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



# VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página 1 de 2



## CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha: 25/08/2021 Tipo de Examen: PREINGRESO

Nombre: SULALLY PANAMEÑO RIASCOS

Empresa: PARTICULAR

En Misión: PARTICULAR

Ciudad del Exámen: CALI

Cédula: 66928019

Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:



438541

CONCEPTO MEDICO LABORAL SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

### REMISION

MEDICINA GENERAL, EPS, NUTRICIONISTA, EPS

Observación CONTROL DE PESO.

### RESTRICCION

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uso de E.P.P según panorama de riesgos, Realizar pausas activas, Autocuidado, Higiene postural, Reportar accidentes de trabajo oportunamente, Prevención de accidentalidad, Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo, Hábitos de vida saludables, Ejercicio Regular, Control de Peso, Dieta

### TRABAJO ESPECIALES

|                                      |           |                                    |           |
|--------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------|
| Trabajo en Alturas:                  | NO APLICA | Manipulación de alimentos:         | NO APLICA |
| Trabajo en altitudes > 2500 mts:     | NO APLICA | Trabajo en ambientes hiperbáricos: | NO APLICA |
| Trabajo en espacios confinados:      | NO APLICA | Trabajo como brigadista:           | NO APLICA |
| Trabajo con energía de alta tensión: | NO APLICA | Conducción de vehículos:           | NO APLICA |
| Trabajo con radiaciones ionizantes:  | NO APLICA | Manipulación sustancias químicas:  | NO APLICA |
| Trabajo en altas temperaturas:       | NO APLICA |                                    |           |
| Trabajo en bajas temperaturas:       | NO APLICA |                                    |           |

|                |                                     |                            |                          |                  |                          |
|----------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| PVE VISUAL     | <input checked="" type="checkbox"/> | PVE AUDITIVO               | <input type="checkbox"/> | PVE RESPIRATORIO | <input type="checkbox"/> |
| PVE ERGONOMICO | <input checked="" type="checkbox"/> | PVE CARDIOVASCULAR         | <input type="checkbox"/> | PVE PSICOSOCIAL  | <input type="checkbox"/> |
| PVE QUIMICO    | <input type="checkbox"/>            | PVE Radiaciones Ionizantes | <input type="checkbox"/> | PVE BIOLOGICO    | <input type="checkbox"/> |

### Observaciones Generales

USO DE CORRECCION OCULAR PARA VISION CERCANA, OPTOMETRIA ANUAL.

HABITOS DE VIDA SALUDABLES: LLEVAR DIETA HIPOGLUCIDA E HIPOGRASA, REALIZAR EJERCICIO AEROBICO MINIMO 3 VECES A LA SEMANA DURANTE 1 HORA AL DIA.

SE RECOMIENDA REALIZAR LAVADO O HIGIENE DE MANOS FRECUENTE, USO DE TAPABOCAS PERMANENTE QUE CUBRA BOCA Y NARIZ, CONSERVAR EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS, CONSULTAR E INFORMAR A LA EPS SI PRESENTA ALGUNA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA CON LA PANDEMIA POR COVID-19.



**Unidad  
de Salud  
Ocupacional**

## HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 3 de 4



Fecha: 25/08/2021

Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 66928019

| INFORMACION GENERAL       |                                |                                              |                |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|----------------|
| Apellidos: PANAMEÑO       | RIASCOS                        | Nombres: SULALLY                             | Edad: 46       |
| Cedula: 66928019          | Tipo Doc: CEDULA               | Cd Exám: CALI                                | Sexo: FEMENINO |
| Estado Civil: SOLTERO     | Estrato: 2                     | Dpto. Nacimiento: VALLE DEL CAUCA            |                |
| Fecha Nacido: 4/06/1975   | Cd Nacimiento: CALI            | Escolaridad: TECNICO                         |                |
| Teléfono: 3155620336      | Cd residencia: CALI            | email: SULLY245@HOTMAIL.COM                  |                |
| Direc reside: LAGOS       | Nacionalidad: Colombia         |                                              |                |
| Acompañante: No refiere   | Tel. Acompa: No aplica         |                                              |                |
| Responsable: N/A          | Tel. Responsable: 0            | Parentesco Responsable: N/A                  |                |
| E.P.S: EMSSANAR EPS       | A.R.L: NO TIENE                | A.F.P: Compañía Colombiana Administradora de |                |
| Empleador: PARTICULAR     |                                | Act. Económ: TEMPORAL                        |                |
| En Misión: PARTICULAR     |                                | Act. Económ: NA                              |                |
| Fecha Ingreso: 25/08/2021 | Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA | Sección: ADMINISTRATIVA                      |                |



### ANTECEDENTES OCUPACIONALES (Inicia desde el actual)

|                                         |                                   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| Empleador: DONKING DONUTS               | Empresa en misión:                |
| Cargos Desempeñados: AUXILIAR DE NOMINA |                                   |
| Tiempo de Exposición: Años: 0 Meses: 06 | Actividad Económica:              |
| Descripción Funciones: MANEJO DE NOMINA | Mediciones Ambientales: No Aplica |

| Riesgos a los que Estuvo Expuesto |                              |                                         |                              |                              |                                         |                              |                              |                                         |                              |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Físicos                           |                              |                                         |                              |                              |                                         | Químicos                     |                              |                                         |                              |                              |                              |
| Iluminación                       | Radiaciones                  | Ruido                                   | Temp. Alta                   | Temp. Baja                   | Vibración                               | Gases                        | Humos                        | Polvos                                  | Líquidos                     | Vapores                      | Fibras                       |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |
| Ergonómicos                       |                              |                                         |                              |                              |                                         | Otros                        |                              |                                         |                              |                              |                              |
| Carga Dinámica                    |                              | Carga Estática                          |                              | Diseño de Puesto             |                                         | Manejo de Cargas             |                              | Movimientos Repetitivos                 |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |
| Trabajo en alturas                |                              | Mecánico                                |                              | Eléctrico                    |                                         | Locativo                     |                              | Biológico                               |                              | Psicosocial                  |                              |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |

|                                                       |                                   |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Empleador: CONTAINERS COM                             | Empresa en misión:                |
| Cargos Desempeñados: ASISTENTE DE SERVICIO AL CLIENTE |                                   |
| Tiempo de Exposición: Años: 3 Meses: 06               | Actividad Económica:              |
| Descripción Funciones: SERVICIO AL CLIENTE            | Mediciones Ambientales: No Aplica |

| Riesgos a los que Estuvo Expuesto |                              |                                         |                              |                              |                                         |                              |                              |                                         |                              |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Físicos                           |                              |                                         |                              |                              |                                         | Químicos                     |                              |                                         |                              |                              |                              |
| Iluminación                       | Radiaciones                  | Ruido                                   | Temp. Alta                   | Temp. Baja                   | Vibración                               | Gases                        | Humos                        | Polvos                                  | Líquidos                     | Vapores                      | Fibras                       |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |
| Ergonómicos                       |                              |                                         |                              |                              |                                         | Otros                        |                              |                                         |                              |                              |                              |
| Carga Dinámica                    |                              | Carga Estática                          |                              | Diseño de Puesto             |                                         | Manejo de Cargas             |                              | Movimientos Repetitivos                 |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |
| Trabajo en alturas                |                              | Mecánico                                |                              | Eléctrico                    |                                         | Locativo                     |                              | Biológico                               |                              | Psicosocial                  |                              |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |

|                                                       |                                   |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Empleador: ARTEFINO TARJETAS                          | Empresa en misión:                |
| Cargos Desempeñados: ASISTENTE DE SERVICIO AL CLIENTE |                                   |
| Tiempo de Exposición: Años: 14 Meses: 0               | Actividad Económica:              |
| Descripción Funciones: SERVICIO AL CLIENTE            | Mediciones Ambientales: No Aplica |

| Riesgos a los que Estuvo Expuesto |                              |                                         |                              |                              |                                         |                              |                              |                                         |                              |                              |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Físicos                           |                              |                                         |                              |                              |                                         | Químicos                     |                              |                                         |                              |                              |                              |
| Iluminación                       | Radiaciones                  | Ruido                                   | Temp. Alta                   | Temp. Baja                   | Vibración                               | Gases                        | Humos                        | Polvos                                  | Líquidos                     | Vapores                      | Fibras                       |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |
| Ergonómicos                       |                              |                                         |                              |                              |                                         | Otros                        |                              |                                         |                              |                              |                              |
| Carga Dinámica                    |                              | Carga Estática                          |                              | Diseño de Puesto             |                                         | Manejo de Cargas             |                              | Movimientos Repetitivos                 |                              |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp            | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |
| Trabajo en alturas                |                              | Mecánico                                |                              | Eléctrico                    |                                         | Locativo                     |                              | Biológico                               |                              | Psicosocial                  |                              |
| <input type="checkbox"/> epp      | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input checked="" type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp | <input type="checkbox"/> epp |



**Unidad  
de Salud  
Ocupacional**

## HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 4 de 4



Fecha: 25/08/2021

Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 66928019

### 4. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Observaciones:

### 5. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES - ACCIDENTES DE TRABAJO

| Fecha: | Empresa | Tipo Lesión Órgano | Secuelas | Inc Laborales | Incap: | Días: |
|--------|---------|--------------------|----------|---------------|--------|-------|
| ARL:   |         |                    |          |               |        |       |
| Fecha: | Empresa | Tipo Lesión Órgano | Secuelas | Inc Laborales | Incap: | Días: |
| ARL:   |         |                    |          |               |        |       |
| Fecha: | Empresa | Tipo Lesión Órgano | Secuelas | Inc Laborales | Incap: | Días: |
| ARL:   |         |                    |          |               |        |       |

Observaciones: PACIENTE NIEGA

### 6. ANTECEDENTES FAMILIARES

| Causa             | Parentesco | Causa                 | Parentesco | Causa            | Parentesco |
|-------------------|------------|-----------------------|------------|------------------|------------|
| 1. Pulmonares:    | No Refiere | 4. Hipertensión:      | No Refiere | 7. Convulsiones: | No Refiere |
| 2. Dislipidemias: | No Refiere | 5. Cardíacos:         | No Refiere | 8. Tiroides:     | No Refiere |
| Diabetes:         | No Refiere | 6. Cerebrovasculares: | No Refiere | 9. Cáncer:       | No Refiere |

Observaciones: NIEGA

### 7. ANTECEDENTES PERSONALES

| Causa                      | Causa                                                   | Causa                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. Infeccioso:             | <input type="checkbox"/> 7. Digestivo:                  | <input type="checkbox"/> 13. Osteomuscular: |
| 2. Cefalea:                | <input type="checkbox"/> 8. Genitourinario:             | <input type="checkbox"/> 14. Piel Anexos:   |
| 3. Visual:                 | <input checked="" type="checkbox"/> 9. Endocrínológico: | <input type="checkbox"/> 15. Traumático:    |
| 4. Oídos, Nariz, Garganta: | <input type="checkbox"/> 10. Hematológico:              | <input type="checkbox"/> 16. Quirúrgico:    |
| 5. Pulmones:               | <input type="checkbox"/> 11. Alérgico:                  | <input type="checkbox"/> 17. Farmacológico: |
| 6. Cardiovascular:         | <input type="checkbox"/> 12. Neurológico:               | <input type="checkbox"/> 18. Otro:          |
| 19. Metabólicos:           | <input type="checkbox"/>                                |                                             |

Observaciones: PAT: PRESBICIA CON USO DE CORRECCIÓN OCULAR. QX: NIEGA. TRAUMÁTICOS: NIEGA. ALÉRGICOS: NIEGA. NIEGA OTROS.

Ginecoobstétricos:

|                 |                   |                        |              |           |           |
|-----------------|-------------------|------------------------|--------------|-----------|-----------|
| Menarquia: 10   | Ciclos: REGULAR   | Fumens: 15/08/2021     | Gestación: 0 | Partos: 0 | Aborto: 0 |
| Citología: 2021 | Resultado: NORMAL | Planificación: NINGUNO | Cesáreas: 0  | FUP: 0    |           |

### 8. REVISIÓN DE SÍNTOMAS POR SISTEMAS

PIEL Y ANEXOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OTORRINOLARINGOLÓGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OTOLOGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 RESPIRATORIOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 CARDIOVASCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 GENITOURINARIO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OSTEOMUSCULARES. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 NEUROLOGICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 ENDOCRINOLOGICO. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 PSIQUIATRICOS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA  
 OTROS. Resultado: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

### 9. HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

|                                      |                         |         |          |                              |          |
|--------------------------------------|-------------------------|---------|----------|------------------------------|----------|
| Cigarrillo: NO                       | No. Cigarrillos al día: | Años: 0 | Meses: 0 | Tiempo Abandono: Años: 0     | Meses: 0 |
| Licor: NO                            | Frecuencia: N/A         | Años: 0 | Meses: 0 | Tiempo Abandono: Años: 0     | Meses: 0 |
| Actividad Física - Deporte: CAMINATA |                         |         |          | Frecuencia: 5 VECES X SEMANA |          |
| Actividad Extralaborales: NA         |                         |         |          | Frecuencia: NA               |          |



**Unidad  
de Salud  
Ocupacional**

## HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.: FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 5 de 4



Fecha: 25/08/2021

Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 66928019

### 8. ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Tetanol, Hepatitis B, T. Amalia, Influenza Estacional, Influenza A H1N1, MM, Varicela, Hepatitis A, Otras

No. Dosis

F.U.D

### 9. COMPOSICIÓN FAMILIAR

|           |            |           |   |
|-----------|------------|-----------|---|
| Familiar: | MAMA       | Cantidad: | 1 |
| Familiar: | PAPA       | Cantidad: | 1 |
| Familiar: | NO REFIERE | Cantidad: | 0 |
| Familiar: | NO REFIERE | Cantidad: | 0 |
| Familiar: | NO REFIERE | Cantidad: | 0 |

### 10. EXAMEN FÍSICO

Peso (Kg): 74 Talla (m): 1,51 I.M.C: 32,45 Pulso: NORMAL Lateralidad: ZURDO

T.A. Sentado (mmHg): 120/80

Perimetro Abdominal (Cm): 92

Pulso (LPM): 74

Aspecto General: BUEN ESTADO GENERAL

### 11. SISTEMA OSTEOMUSCULAR

|                      |                |        |                |        |
|----------------------|----------------|--------|----------------|--------|
| Columna Cervical:    | Simetría:      | NORMAL | Funcionalidad: | NORMAL |
| Columna Dorsal:      | Simetría:      | NORMAL | Funcionalidad: | NORMAL |
| Columna Lumbosacra:  | Simetría:      | NORMAL | Funcionalidad: | NORMAL |
| Miembros Superiores: | Funcionalidad: | NORMAL |                |        |
| Miembros Inferiores: | Funcionalidad: | NORMAL |                |        |
| Manos:               | Funcionalidad: | NORMAL |                |        |

Prueba Tinel: NORMAL

Prueba Phalen: (flexión completa de ambas muñecas \* 1min) NORMAL

Prueba Finkelstein: (desviación cubital de muñeca con flexión de pulgar) NORMAL

Observación: ADECUADOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE EXTREMIDADES Y DE COLUMNA, LASEGUE Y BRAGARD NEGATIVOS. MARCHA EN PUN S Y TALONES SIN ALTERACIONES.

### 12. ORGANOS Y SISTEMAS

|              |              |              |                   |          |               |           |               |              |
|--------------|--------------|--------------|-------------------|----------|---------------|-----------|---------------|--------------|
| Ojos:        | Conjuntivas: | NORMAL       | Pupilas:          | Normales | Anéxos:       | NORMAL    | Fond. de Ojo: | NO SE EVALUA |
| Boca:        | Labios:      | Lengua:      | NORMAL            | Faring:  | Amígdalas:    | NORMAL    |               |              |
| Oídos:       | Nariz:       | Pabellones:  | NORMAL            | Tabique: | NORMAL        | Cornetes: | NORMAL        |              |
| Corazón:     | Senos:       | NO SE EVALUA | Pulmones:         | NORMAL   | Corazón:      | NORMAL    |               |              |
| Abdomen:     | Pared:       | NORMAL       | Vice. (magalias): | NORMAL   | Hernias:      | NORMAL    |               |              |
| Cuello:      | Cuello:      | NORMAL       |                   |          |               |           |               |              |
| Piel:        | Piel:        | NORMAL       |                   |          |               |           |               |              |
| Genitales:   | Genitales:   | NO SE EVALUA |                   |          |               |           |               |              |
| Vascular:    | Periférico:  | NORMAL       | Linfáticos:       | NORMAL   | Varice:       | NORMAL    |               |              |
| Neurológico: | Reflejos:    | NORMAL       | Marcha:           | NORMAL   | Coordinación: | NORMAL    |               |              |

Prueba de equilibrio dinámico y estático: NORMAL

Observaciones: CARDIOPULMONAR SIN ALTERACIONES. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, NO DOLOF A LA PALPACIÓN.

|                         |              |                |                                         |                                         |
|-------------------------|--------------|----------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Agudeza Visual Cercana: | Ojo Derecho: | Ojo Izquierdo: | <input type="checkbox"/> Con Corrección | <input type="checkbox"/> Sin Corrección |
| Agudeza Visual Lejana:  | Ojo Derecho: | Ojo Izquierdo: | <input type="checkbox"/> Con Corrección | <input type="checkbox"/> Sin Corrección |

|            |         |        |        |         |        |        |
|------------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|
| Otoscopia: | Normal: | OD: SI | OI: SI | Urbano: | OD: NO | OI: NO |
|            | Tapón:  | OD: NO | OI: NO |         |        |        |

|            |              |    |           |    |           |    |
|------------|--------------|----|-----------|----|-----------|----|
| Dentadura: | Buen Estado: | NO | Completa: | SI | Prótesis: | NO |
|------------|--------------|----|-----------|----|-----------|----|

Observaciones: SE PRESTA ATENCIÓN AL PACIENTE EN CONSULTORIO MEDICO CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERI UMPIENDO LOS PROTOCOLOS SANITARIOS FRENTE A LA PANDEMIA POR COVID-19.



**Unidad  
de Salud  
Ocupacional**

## HISTORIA MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód.:FT-MO-VM-01

Versión : 4

Fecha: 13/11/2015

Página: 6 de 4



Fecha: 25/08/2021 Tipo de Examen: PREINGRESO

Número: 66928019

### 3. EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

### 4. DIAGNOSTICO

E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA:Metabolicas

Confirmado Nuevo

H524 PRESBICIA:Oculares

Confirmado Repetido

### 5. CONCEPTO MEDICO LABORAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

#### TRABAJO DE ALTO RIESGO:

Trabajo en Alturas: NO APLICA  
Trabajo en espacios confinados: NO APLICA  
Trabajo como brigadista: NO APLICA  
Trabajo con energía de alta tensión: NO APLICA  
Trabajo con radiaciones ionizantes: NO APLICA  
Trabajo en altas temperaturas: NO APLICA  
Trabajo en bajas temperaturas: NO APLICA

Trabajo en altitudes > 2500 mts: NO APLICA  
Trabajo en ambientes hiperbáricos: NO APLICA  
Manipulación de alimentos: NO APLICA  
Conducción de vehículos: NO APLICA  
Manipulación sustancias químicas: NO APLICA

#### REMISIONES:

● MEDICINA GENERAL:EPS,NUTRICIONISTA:EPS

Observación

CONTROL DE PESO.

#### RESTRICCIONES:

NO NO

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Uso de E.P.P según panorama de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trabajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo,Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular,Control de Peso,Dieta

|                |                                     |                            |                          |                   |                          |
|----------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| PVE VISUAL     | <input checked="" type="checkbox"/> | PVE AUDITIVO               | <input type="checkbox"/> | PVE RESPIRATORIO  | <input type="checkbox"/> |
| PVE ERGONOMICO | <input checked="" type="checkbox"/> | PVE CARDIOVASCULAR         | <input type="checkbox"/> | PVE PSICOSOCIAL * | <input type="checkbox"/> |
| PVE QUIMMICO   | <input type="checkbox"/>            | PVE Radiaciones Ionizantes | <input type="checkbox"/> | PVE BIOLOGICO     | <input type="checkbox"/> |

#### OBSERVACIONES GENERALES

USO DE CORRECCION OCULAR PARA VISION CERCANA, OPTOMETRIA ANUAL.

HABITOS DE VIDA SALUDABLES: LLEVAR DIETA HIPOGLUCIDA E HIPOGRASA, REALIZAR EJERCICIO AEROBICO MINIMO 3 VECES A LA SEMANA ANTE 1 HORA AL DIA.

● SE RECOMIENDA REALIZAR LAVADO O HIGIENE DE MANOS FRECUENTE, USO DE TAPABOCAS PERMANENTE QUE CUBRA BOCA Y NARIZ, CON EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS, CONSULTAR E INFORMAR A LA EPS SI PRESENTA ALGUNA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA LA PANDEMIA POR COVID-19.

*Sulally Panameño Riascos*

SULALLY PANAMEÑO RIASCOS

c.c: 66928019

*Angela Baez Moreno*  
Médica Especialista en Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
R.M. 761083/2010 - Res. 1422-2018

Angela Baez Moreno

Registro: 761083-2010

Lic: 1422-2018



SULALLY PANAMENO RIASCOS

c.c: 66928019



Dra. Angela Baez Moreno  
Médica Especialista en Seguridad  
y Salud en el Trabajo  
R.M. 761083/2010 - Res. 1422-2018

Angela Baez Moreno

Registro: 761083-2010

Lic: 1422-2018



## CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,  
CALI

El Banco Popular, hace constar que el cliente PANAMENO RIASCOS SULALLY  
identificado con Cédula de Ciudadanía No. 66.928.019, actualmente posee el siguiente producto  
radicado en la oficina 574 Chipichape con las siguientes características:

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Tipo de Producto:  | AHORRO HOGAR             |
| Número:            | 230-574-16815-9          |
| Fecha de Apertura: | 20191118                 |
| Nombre Cuenta      | PANAMENO RIASCOS SULALLY |
| Estado             | ACTIVA                   |

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN INTERESE  
Elaborada en la oficina 560 CALI el día 20 del mes 08 del año 2021

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.  
BANCO POPULAR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA  
VIGILADO

secoop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/index?pagid=77000163

Aplicaciones YouTube Traducir Maps CONTRATOS TRABAJO BINGO PLACAS MADRE MERCADOS PC VESDO SERIES Otros marcadores Lista de lectura

UTC-5 13:00:27 SSM

Configuración Entidad Estatal/Proveedor

14 de páginas 1400000 Ayuda

Editar datos completos Editar datos completos

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (sin disponible)

Biblioteca de documentos

Descripción o notificaciones

Información general

Logo de la entidad

Nombre de la entidad SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

Nombre abreviado SSM

Fecha de incorporación 29/08/2021 (UTC-5:00 Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 990.399.911-3

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Otro

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Complemento al p...pdf Complemento al p...pdf Complemento al p...pdf Complemento al p...pdf formato\_indicad...docx Mostrar todo

secoop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/index?pagid=77000163

Aplicaciones YouTube Traducir Maps CONTRATOS TRABAJO BINGO PLACAS MADRE MERCADOS PC VESDO SERIES Otros marcadores Lista de lectura

Información de contacto

Dirección CRA 28N # 72U 70

País COLOMBIA

Ciudad Valle del Cauca

Municipio Cali

Código postal

Teléfono de oficina 3718250

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina suhy245@hotmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOOP S suhy245@hotmail.com

Dirección Estado País Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web

Facebook

URL LinkedIn

URL de YouTube

Twitter URL

Complemento al p...pdf Complemento al p...pdf Complemento al p...pdf Complemento al p...pdf formato\_indicad...docx Mostrar todo

