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
CACERES	BASTILLA	MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SEXO		NACIONALIDAD		PAÍS
C.C	C.E	PAS	No. 1116776304	F	M	COL.	EXTRANJERO	

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA	DÍA 09	MES 03	AÑO 1987	PAÍS	DEPTO	
PAÍS	Colombia			MUNICIPIO		
DEPTO	Arauca			TELÉFONO	EMAIL	milenacaceres3@gmail.com
MUNICIPIO	ARAUCA					

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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 06 AÑO 2005
									X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		NEGOCIOS INTERNACIONALES.	10	2016	

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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
CORPORACIÓN SYSPRO			X	Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Meta	VILLAVICENCIO			info@syspro.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO	
3105550450	DÍA 09	MES 08	AÑO 2016	DÍA 31 MES 01	AÑO 2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA			DIRECCIÓN	
COORDINADORA DE MERCADEO				CALLE 20 No 34-32 LA FLORIDA	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN		HORAS SEMANALES	PAÍS
Corporaci?n Syspro Programas T?cnicos Laborales		40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		MODALIDAD
Meta	VILLAVICENCIO		Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 08 MES 08	AÑO 2017	DÍA MES AÑO
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA		
Economía, administración, contaduría y afines Emprendimiento y ventas	?tica profesional, Marketing, Servicio al cliente y ventas, mercados, fundamentos de Administraci?n, Gerencia Empresarial y Economí?a.		

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

Escaneado con CamScanner

4 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio 15-09-2021

Milena Caceres Bastilla
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 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

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

Escaneado con CamScanner

El servicio público es de todos | Función Pública

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

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
MILENA		CACERES	BASTILLA

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1116776304

Lugar de Nacimiento

País COLOMBIA Departamento ARAUCA Municipio ARAUCA

Lugar de domicilio

País COLOMBIA Departamento Meta Municipio VILLAVICENCIO

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Cargo o función que cumple

INSTRUCTORA

Lugar de sede

País COLOMBIA Departamento META Municipio VILLAVICENCIO

Dirección Km. 1 vía Acacias Villavicencio

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	24.710.000
Cesantías e intereses de cesantías	990.000
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	**25.700.000**

CS Escaneado con CamScanner

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
AHORROS	COLOMBIA	$ 83.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

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

CONCEPTO	SALDO
CREDITO BANCARIO BANCO MUNDO MUJER	$ 2.400.000

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
Prestación de servico como docente	Dictando clases y asesorias a los estudiantes

CS Escaneado con CamScanner

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [x] **NO** [ ]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
BLAUDIERT MURIEL ZEA	UNIÓN LIBRE	83153156

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

Escaneado con CamScanner

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

Ciudad y fecha: Villavicenio, 13 de septiembre de 2021

Milena Caceres Bastilla

FIRMA

CS Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14627552502

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 6 7 7 6 3 0 4	6	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	

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 1 6 7 7 6 3 0 4	2 0 0 5 0 3 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Arauca 8 1	Arauca 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CACERES	BASTILLA	MILENA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CR 27 4 A 47 BRR ALBORADA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
milenacaceres3@gmail.com		6 8 4 3 9 1 2	3 1 1 2 6 3 1 2 4 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 18

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 13-09-2021 07:16:30PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CS Escaneado con CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1116776304
NOMBRES Y APELLIDOS	Caceres Bastilla,Milena
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Caceres Bastilla,Milena , a los 13 días del mes de septiembre del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	03/09/2021

148862070

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente Y C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Caceres	Castilla	Milena	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1 116 72[illegible]3	Femenino X Masculino	09 03 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		908.526

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Carrera 23 #49-44 Barrio Alborada	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3228240811	milenacaceres3@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Villavicencio	Urbana X Rural	Comuna 7 Alborada	Meta

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 del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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)
C	

CS Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MILENA CACERES BASTILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.776.304**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Septiembre 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.

CS Escaneado con CamScanner

Resolución de Aprobación No. Resolución N°: 0551 del 17 de febrero de 2014 emanada de la *Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio*

Nit. 900719779-0

La Suscrita Coordinadora Académica de la CORPORACION SYSPRO

HACE CONSTAR

Que: **MILENA CACERES BASTILLA**, identificada con C.C. 1.116.776.304 de Arauca, laboro en esta Institución Educativa desde el 09 de junio de 2016 al 31 de enero de 2021, con un contrato indefinido en el cargo de COORDINADORA DE MERCADEO Y VENTAS, con las siguientes funciones:

- Realizar y ejecutar plan de mercadeo de la Corporación Syspro
- Presentar informes gerenciales sobre los resultados de cada temporada de matrículas, de acuerdo a los indicadores de gestión.
- Analizar datos de las variables de mercado, realizar acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento al plan de mercadeo.
- Crear estrategias de merchandising para la atracción de clientes
- Coordinar el equipo de Ventas y definir objetivos
- Seguimiento y gestión del cliente.
- Liderar equipo de trabajo
- Crear estrategias de marketing digital y redes sociales.

Durante este tiempo se ha distinguido por su excelente desempeño profesional y personal, manteniendo excelentes relaciones con todo el equipo de trabajo.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los trece (13) días del mes de septiembre de 2021.

CORPORACION SYSPRO
Le damos el mejor curso a su vida
COORDINACIÓN ACADÉMICA

Ing. NELCY ESCOBAR LOPEZ
Coordinadora Académica

Escaneado con CamScanner

Resolución de Aprobación No. Resolución N°: 0551 del 17 de febrero de 2014 emanada de la *Secretaría de Educación Municipal de Villavicencio*

Nit. 900719779-0

La Suscrita Coordinadora Académica de la CORPORACION SYSPRO

HACE CONSTAR

Que: **MILENA CACERES BASTILLA**, identificada con C.C. 1.116.776.304 de Arauca, presto sus servicios profesionales como docente en esta Institución Educativa, desde el 6 de febrero de 2017 al 30 de junio de 2017, desde el 8 de agosto de 2017 al 30 de noviembre de 2017, desde el 10 de febrero de 2018 al 30 de junio de 2018, desde el 6 de agosto de 2018 al 8 de diciembre de 2018, desde el 9 de febrero de 2019 al 29 de junio de 2019, desde el 10 de agosto de 2019 al 7 de diciembre de 2019, desde el 8 de febrero de 2020 al 30 de junio de 2020, desde el 8 de agosto de 2020 al 5 de diciembre de 2020 con contratos sucesivos de Prestación de Servicios como independiente en las áreas de: FUNDAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN, GERENCIA EMPRESARIAL, ÉTICA PROFESIONAL, MARKETING DE RELACIONES: Servicio al Cliente, MERCADEO y ECONOMIA.

Durante este tiempo se distinguió por su excelente desempeño profesional y personal, manteniendo excelentes relaciones con todo el equipo de trabajo.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los trece (13) días del mes de septiembre de 2021.

CORPORACION SYSPRO
Le damos el mejor curso a su vida
COORDINACIÓN ACADÉMICA
Ing. NELCY ESCOBAR LOPEZ
Coordinadora Académica

Escaneado con CamScanner

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

INTEGRAR
Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 Nº 37L 10 ET 8 B, ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

Fecha de Impresión: **2021/09/13 14:21:10**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1116776304**	Nro Historia:	**1116776304**
Paciente:	**CACERES BASTILLA MILENA**	Nro Ingreso:	**20210913020168**
Fecha Nac:	**1987/03/09**	Fecha Ingreso:	**2021-09-13 12:04:24.000**
Dirección:	**ALBORADA**	Tipo de Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**34 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**CONTRATISTA**		

Optometria - Anamnesis

NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva: no NO REFIERE
Cauterizo: no NO REFIERE
Pterigio: no NO REFIERE
Otra: NO REFIERE

Usa correccion visual no - NO REFIERE

	Lejos	Cerca	Descanso	Ocacional
Permanente				
Ultimo Examen	Mayor a 2 años			

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	Descripcion
Glaucoma: No		NO REFIERE
Cirugias: No		NO REFIERE
Rinitis: No		NO REFIERE
Traumas Oculares:: No		NO REFIERE
Patologia Visual: No		NO REFIERE
Hipertension Arterial No		NO REFIERE
Diabetes No		NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

Iluminacion inadecuada
Usuario de computador
Radiaciones Ultravioleta
Cambios de temperatura
Mala ventilacion
Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: USUARIA DE PC 8 H DIARIAS APROX

Optometria - Sintomas

Escaneado con CamScanner

Fotofobia	Ojo Rojo	Mala Vision Cercana	Cansancio
Lagrimeo	Vision Borrosa	Mala Vision Lejana	Dolor
Ardor	Vision Doble	Cefalea	Secreción

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	Descripcion
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	Rx en Uso	Observaciones
Ojo Derecho:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE

Optometria - Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	20/20	-	NO REFIERE
Ojo izquierdo	20/20	-	NO REFIERE
Ambos Ojos	20/20	-	NO REFIERE

Observaciones NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo derecho	0.50	-
Ojo izquierdo	0.50	-
Ambos Ojos	0.50	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	NORMAL	-
Profundidad	40 Sec Arco	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia:	NORMAL
* Cover Test - Lejos:	ORTO
* Cover Test - Cerca:	EXO

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, NO SE REALIZA OFTALMOSCOPIA POR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19

Ojo Izquierdo: MEDIOS TRANSPARENTES, NO SE REALIZA OFTALMOSCOPIA POR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19

Escaneado con CamScanner

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NEUTRO

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NORMAL

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D NEUTRO	ADD+ NO APLICA	AV 20/20	DP NO REFIERE
O.I NEUTRO	ADD+ NO APLICA	AV 20/20	DP NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

Se [illegible] con misma RX	Se da Nuevo Control
Se da Remisión	No Requiere RX
Se da Tx Medicamentos	Requiere Nueva Rx
Topografía Corneal	Test de Farnsworth
Realizar prueba [illegible]	

Optometria - Recomendaciones

Debe usar correccion visual para trabajar	Uso EPP Visual	Uso de Rx para Vision Proxima	PyP
Uso de AR video Terminales	Pausas Activas	Uso de Rx de Descanso	Lubricante Ocular
[illegible] de Lentes de Protección Solar	Uso de Rx para Vision Lejana	Uso Permanente de Rx Optica	

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA - USO DE EPIS- FILTRO UV - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Optometria - Remisiones

Valoracion Oftalmologica	Valoracion Ortoptica	Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: [illegible]

Optometria - Controles

Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral	Anual	Confirmatoria

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría Normal

* Descripcion de la observacion general

- SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA - USO DE EPIS- FILTRO UV - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HA FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Escaneado con CamScanner

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y prc de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las resp que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Nombre Profesional: Angela Paola Burgos Ramirez BURGOS RAMÍREZ

Registro Profesional: 2254

Nombre del Paciente: **MILENA ' CACERES BASTILLA**

Identificacion del Paciente: **CC - 1116776304**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

Escaneado con CamScanner

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

INTEGRAR
Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 Nº 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

Fecha de Impresión: **2021/09/13 14:24:13**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1116776304	Nro Historia:	1116776304
Paciente:	CACERES BASTILLA MILENA	Nro Ingreso:	20210913020168
Fecha Nac:	1987/03/09	Fecha Ingreso:	2021-09-13 12:04:24.000
Dirección:	ALBORADA	Tipo de Evaluación:	Ingreso
Edad:	34 años	Enfasis:	Anexo Osteomuscular
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	CONTRATISTA		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	Presenta	Descripcion
Otitis	no	NO REFIERE
Sinusitis	no	NO REFIERE
Rinitis	no	NO REFIERE
Otalgia	no	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acufenos	no	NO REFIERE
Enfermedades Virales	no	NO REFIERE
Otorrea	no	NO REFIERE
Otorragia	no	NO REFIERE
Prurito	no	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	no	NO REFIERE
Sarampión	no	NO REFIERE
Rubeola	no	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	no	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	no	NO REFIERE
Trauma Directo	no	NO REFIERE
Trauma Acústico	no	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

Escaneado con CamScanner

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	no	NO REFIERE
Sintomas Nariz	no	NO REFIERE
Sintomas Garganta	no	NO REFIERE

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	no	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	no	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	no	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	no	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	no	NO REFIERE
Timpanoplastia	no	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	no	NO REFIERE
Fármacos	no	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	no	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE

Otros habitos NO REFIERE

Audiometria - Examen Fisico

OIDO DERECHO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Perforada	SIN HALLAZGOS

Otro SIN HALLAZGOS

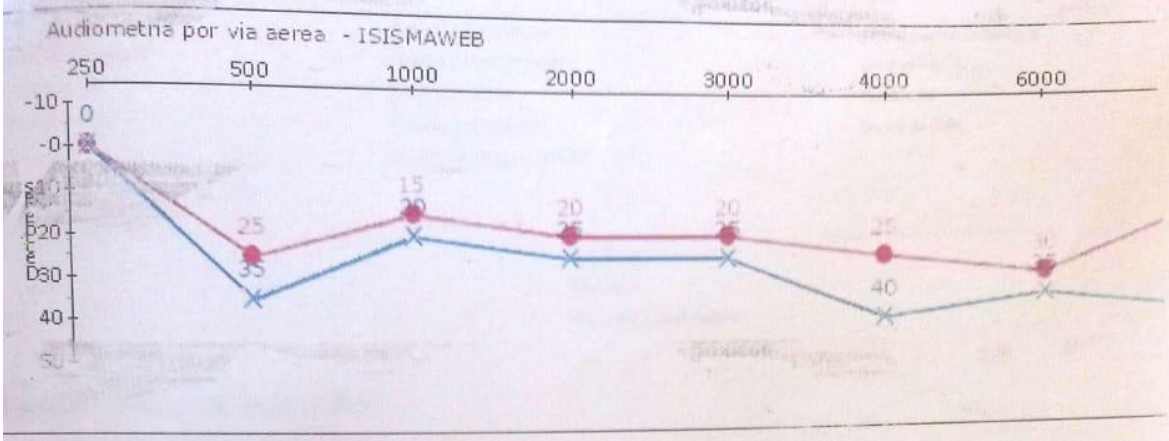
OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Opaca	SIN HALLAZGOS

Otro SIN HALLAZGOS

Audiometria - Grafica

Escaneado con CamScanner



ometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

- Aerea - OD
- Aerea - OI
- Osea - OD
- Osea - OI
- Aerea Enmascarada - OD
- Aerea Enmascarada - OI
- Osea Enmascarada - OD
- Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI 26.25 dB

OD 20 dB

Audiometría Previa

1900-01-01T00:00:

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	25	15	20	20	25	30	15	**Derecho**
0	35	20	25	25	40	35	40	**Izquierdo**

ometria - Audiograma Anterior

Cambio Significativo: No

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**

ometria - Audiograma Diferencia

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS

Observaciones

NO REFIERE

Escaneado con CamScanner

Audiometria - Recomendaciones

Remision ORL	Pruebas Complementarias	Reposo auditivo Extralaboral
Rotar Diadema Telefonica	Remision a Medicina Laboral	Limpieza OD
Control segun PVE	Uso de EPP Auditivo	Limpieza OI
Auditiva segun PVE	Elemento de proteccion	Lavado de Oido
Pausa Auditiva	Conducir con ventanas cerradas	

Audiometria - Controles

Mensual	Bimensual
Trimestral	Semestral
Anual	Audiometria Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA
Diagnostico Interno DISMINUCION LEVE BILATERAL
Descripción del GATI-SO OD: AUDICION FUNCIONAL CON DESCENSO LEVE EN FZ DE 6KHZ , OI: HIPOACUSIA DE GRADO LEVE CON DESCENSO LEVE EN FZ DE 500HZ , 4KHZ A 8K

Diagnostico Rel 2
Diagnostico Rel 3
Diagnostico Bilateral OD: FUNCIONAL OI: HIPOACUSIA DE GRADO LEVE Control Anual Uso de EPA SE SUGIERE CONSULTA CON ORL POR ANOMALIA EN MT OD
Diagnostico O.D AUDICION FUNCIONAL
Diagnostico O.I HIPOACUSIA LEVE

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometria No Interviene

Descripcion del Resultado general
OD: FUNCIONAL OI: HIPOACUSIA DE GRADO LEVE Control Anual Uso de EPA SE SUGIERE CONSULTA CON ORL POR ANOMALIA EN MT OD

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y pro exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas q veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades pre vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones rea que lo requiera.

Dally Rodriguez M

Nombre Profesional: DALLY RODRIGUEZ MORALES 0
Registro Profesional: 1102855325

Nombre del Paciente: **MILENA CACERES BASTILLA**
Identificacion del Paciente: **CC - 1116776364**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

CS Escaneado con CamScanner

Scotiabank. COLPATRIA

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 7192013798 , con fecha de apertura 15 de Febrero de 2018 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): MILENA CACERES BASTILLA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.116.776.304

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Septiembre de 2021 .

Cordialmente,

Nury Luis Montaña
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CS Escaneado con CamScanner