

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.787.891**

MARTINEZ MUÑOZ
APELLIDOS

MAVYS
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

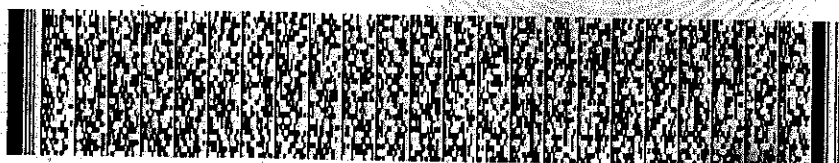
FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-1984**
TIERRALTA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 **O+**
ESTATURA G.S. RH
24-NOV-2003 MONTERIA

F
SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Alm. Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMADEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1300100-38123841-F-0025787891-20040413

03004 04104P 02 151442535



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Martínez	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Muñoz	NOMBRES Mavys
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 25787891	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 11 MES 10 AÑO 1984 PAÍS COLOMBIA DEPTO CORDOBA MUNICIPIO TIERRALTA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 31 83B 8 PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA MUNICIPIO MEDELLIN TELÉFONO 5019077 EMAIL mavys731@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000	
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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO						TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL			
		SI	NO							MES	AÑO				
PREGRADO	8		X	DOCTORADO EN CIENCIAS BIOMEDICAS											
	0		X	MAESTRIA EN SALUD PUBLICA											
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA						11	2008	32667			

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
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 O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN - ESE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8333000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	06	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA AREA DE GESTION SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA LA ESTANCIA, POPAYAN				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAUCA			MUNICIPIO POPAYAN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8331000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	11	Año	2011	Día	31	Mes	03	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL EENFERMERA JEFE			DEPENDENCIA AREA DE CLINICA					DIRECCIÓN CALLE 15 - 2 350						

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA - UNAC				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLIN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 4805590			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	01	Mes:	02	Año:	2015	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERA 84 - 33A 01						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CEDENORTE				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO BELLO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 6046007			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	01	Mes:	08	Año:	2016	Día:	10	Mes:	12	Año:	2017
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERA 49 - 53 47						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA - UNAC				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLIN					CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día:	15	Mes:	02	Año:	2015	Día:	30	Mes:
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD			NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO					DIRECCIÓN			

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	7

6

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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

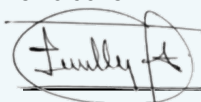
7

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.

29 de julio 2022

Ciudad y fecha



Licelly Atehortua

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



El servicio público
es de todos

Función
Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SERVICIO NACIONAL DE
APRENDIZAJE

Período Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Mavys Martinez Muñoz

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 25787891

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: MEDELLIN

DIRECCIÓN: CALLE 31 83B 8

TELÉFONO: 3024406173 5019077

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Shanny Shofia Bolaños Martínez	1061785460	HIJO(A)
Eliath Payarez Martínez	1062441972	HIJO(A)
Carmen Alicia Muñoz Feria	30640106	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN**

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$2.500.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$2.500.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	CUENTA DE AHORROS	86875922850	Popayan	0,1

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Comfacauc	Préstamo de libre inversión	4.000.000

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

3. FIRMA

<hr/>	<hr/>
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770

**NIT: 901314988-8**

Carrera 50C # 58-58 PRADO CENTRO

Medellín - Antioquia

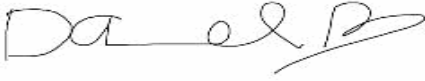
Cel. 300 5751899

E-mail. medicodocupacional@gmail.com

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 13.311**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
10 DÍA	06 MES	2022 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA)	EXAMEN DE INGRESO MEDICO OCUPACIONAL			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MARTINEZ MUÑOZ MAVYS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	37 AÑOS 7 MESES 28 DÍAS	CC	25787891
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE DE ENFERMERIA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: SOBREPESO							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
AUDIOMETRIA - NORMAL				TRIGLICERIDOS - NORMAL			
GLUCOSA - NORMAL				OPTOMETRIA - NORMAL			
COLESTEROL - NORMAL				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO - NORMAL			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES	
			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HACER DEPORTE	
			CAPACITACIÓN			DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PACIENTE SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, SIN ANTECEDENTES DE EPOC , ASMA, SIN DISNEA PARA EL EJERCICIO POR ALERTA ROJA AUN NO SE REALIZA ESPIROMETRIA. ESTE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO Y ESTÁ ENFOCADO EN UNA REVISIÓN, BUSCANDO PATOLOGÍAS ACTIVAS O SECUELAS OSTEOMUSCULARES EXTREMIDADES Y COLUMNA. DURANTE SU EVALUACIÓN NO SE EVIDENCIA PATOLOGÍA O SINTOMATOLOGÍA DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR QUE PUDIERAN GENERA LIMITACIONES O RIESGO PARA DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES LABORALES. EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN EVALUACION OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES VIGILAR QUE EL TRABAJADOR TENGA EL TIPO DE PROTECCIÓN ADECUADA PARA LA TAREA SEGÚN LOS RIESGOS DEL OFICIO. INSTRUIR EN LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y LESIONES, BUEN USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y REPORTE OPORTUNO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES LABORALES. CONOCER Y APLICAR EN FORMA CORRECTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD, EVITAR DISTRACCIONES, PROMOVER CONDUCTAS DE NO DISTRACCION. EL CONCEPTO MEDICO GENERADO EN ESTA EVALUACION Y SUS RECOMENDACIONES SE FUNDAMENTA EN LOS HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO Y A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL PACIENTE LA CUAL REFIERE QUE ES VERAZ Y ADEMAS QUE NO OMITI INFORMACION RELEVANTE PARA LA EVALUACION MEDICA							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico



Firma: _____

Nombre: RUIZ JIMENEZ DANIEL HUMBERTO

R. M.: 5030109

L.S.O.: 0015977



Código de Seguridad

E646K1Q13311

Aspirante o Trabajador



Firma: _____

Nombre: MARTINEZ MUÑOZ MAVYS

CC: 25787891



EXAMEN DE OPTOMETRIA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Atención N°: 5,719

Fecha: 10/06/2022 Municipio: MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) CC: 25787891 Nombre: MARTINEZ MUÑOZ MAVYS Edad: 37 AÑOS 7
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: DOCENTE DE ENFERMERIA Empresa: PARTICULARES
Eps: COOSALUD Tipo Evaluación Médica: OPTOMETRIA OCUPACIONAL F. Último Examen: 23/06/2020
Lugar del Último Examen: IPS PRIVADA Motivo Consulta: EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	PUNCION CON AGUJA HACE 5 AÑOS
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	R. ERGONOMICO, BIOLOGICO – COMPUTADOR 8H+
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	N/A
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ARDOR Y CANSANCIO EN EL COMPUTADOR

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN				AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN			
O.D:	AV/VL	AV/VP	PH	O.D:	AV/VL	AV/VP	PH
NO APLICA	20/20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	N/A
O.I:	20/20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	N/A
A.O:	20/20	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: PINGUECULA

OJO IZQUIERDO: PINGUECULA

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: ESTADO FUNCIONAL NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: NO SE REALIZA POR CONTINGENCIA SARS-COV-2 (COVID 19)

OJO IZQUIERDO: NO SE REALIZA POR CONTINGENCIA SARS-COV-2 (COVID 19)

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: NO SE REALIZA

OJO DERECHO: NO SE REALIZA

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: N AV VL 20/ 20

OJO IZQUIERDO: N AV VL 20/ 20

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: N AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5 ADD

OJO DERECHO: N AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5 ADD

VISIÓN COLOROJO DERECHO: **NORMAL**OJO IZQUIERDO: **NORMAL****ESTEREOPSIS**OBSERVACIÓN: **40"**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H111	DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES	AMBOS	COMÚN	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

Protección visual adecuada para exposición a la luz solar y/o artificial

REALIZAR PAUSAS VISUALES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

CUANDO TRABAJE CON COMPUTADOR, TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: PARPADEE CONSTANTEMENTE, APROXIMADAMENTE CADA 30/ 45 MINUTOS DE TRABAJO CON EL COMPUTADOR DIRIJA SU MIRADA A UN PUNTO LEJANO; COLÓQUESE SIEMPRE A POR LO MENOS 45 CMS. DE LA PANTALLA DEL COMPUTADOR Y EVITE REFLEJOS MOLESTOS; PROCURE QUE EL PUESTO DE TRABAJO TENGA ADECUADAS CONDICIONES DE ILUMINACIÓN, ACORDE CON LAS EXIGENCIAS DE SU LABOR.

OPTOMETRA*MA Fernanda Torres*

Firma: _____

Nombre: TORRES MENDEZ MARIA FERNANDA

R. M.: 52708526

L.S.O.:



Código de Seguridad

N882T3Z5719**PACIENTE***Martinez Muñoz Mavys*

Firma: _____

Nombre: MARTINEZ MUÑOZ MAVYS

CC: 25787891

Certificado Bancario

Lunes, 18 de julio de 2022

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MAVYS MARTINEZ identificado(a) con CC 25787891, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86875922850	2011/11/03	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ MUÑOZ MAVYS** identificado(a) con **CC** número **25.787.891** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 18 de julio de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202207181432

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	25787891	MAVYS	MARTINEZ MUÑOZ	2020-12-01	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	CALLE 31 83B 8	5019077	Contributivo	Activo

Información de los Beneficiarios										
*Parentesco	Documento	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
HIJO(A)	TI-1062441972	ELIATH	PAYARES MARTINEZ	01/12/2020	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	CL 31 83B 8	3634825	Contributivo	Activo
HIJO(A)	TI-1061785460	SHANNY SHOFIA	BOLAÑOS MARTINEZ	01/12/2020	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	CL 31 83B 8	3634825	Contributivo	Activo

La anterior certificación se expide y firma, a los 18 días del mes de Julio de 2022, a solicitud del interesado y es válida hasta los 18 días del mes de Agosto de 2022

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
 SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora MAVYS MARTINEZ MUÑOZ identificada con Cédula de Ciudadanía 25787891, se inscribió en nuestro servicio el día 11/08/2010.

El presente certificado se genera el día 18/07/2022, por solicitud del interesado.

**Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos,
indiscriminados y no requieren intermediarios.**

