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
MANCILLA	CONDE	GEMARK

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1117509964 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1117509964 D.M. 43

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 04 MES 10 AÑO 1989

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CAQUETÁ

MUNICIPIO: FLORENCIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 16 14 07 SOTANO LA VEGA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CAQUETÁ

MUNICIPIO: FLORENCIA

TELÉFONO: 4350752 EMAIL: gekmanconde@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2006
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9	X		LICENCIATURA EN INGLES	07	2011	

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 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5461500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* AREA DE INGLES					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5461500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* DOCENTE AREA IDIOMA EX INGLES					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LA CORPORACION EL MINUTO DE DIOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* GARZÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2013	*Día*	13	*Mes*	09	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PRIMERA INFANCIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDISAJE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	21	*Mes:*	07	*Año:* 2021	*Día:*	22	*Mes:*	12	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* - Av. Cra. 30 No. 19 B – 25 Sur Ciudad: Bogotá					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ ANTONIO GALÁN			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	MUNICIPIO PUERTO BOYACÁ					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	06	Mes:	04	Año: 2018	Día:	25	Mes:	01	Año:	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN CARRERA 5						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO SANTA TERESITA DE PUERTO BOYACA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	MUNICIPIO PUERTO BOYACÁ					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2018	Día:	15	Mes:	06	Año:	2018	
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN CARRERA 3						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	09	Mes:	11	Año: 2017	Día:	09	Mes:	12	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 17 - diagonal 17 con carrera 3f B/porvenir						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ACADEMIA NACIONAL DE SISTEMAS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	02	Mes:	05	Año: 2017	Día:	30	Mes:	11	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 15 - #6-06						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA THE ENGLISH EASY WAY			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	08	Mes:	02	Año: 2016	Día:	30	Mes:	03	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 58 - #32-67						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA THE ENGLISH EASY WAY			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	20	Mes:	03	Año:	2014	Día:	20	Mes:	06	Año:	2015
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN CALLE 58 - # 32-67						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO COOPERATIVO LA PRESENTACIÓN-GARZON			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO GARZÓN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2012	Día:	30	Mes:	11	Año:	2012
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN CALLE 3 - 5-111						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN FRANCISCO DE ASIS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2009	Día:	01	Mes:	11	Año:	2011
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO BASICA PRIMARIA					DIRECCIÓN CALLE 14						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLSUBSIDIO			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	04	Año:	2011	Día:	31	Mes:	08	Año:	2011
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN CALLE 26 - 25-50						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ACADEMIA NACIONAL DE SISTEMAS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	MUNICIPIO FLORENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	07	Mes:	06	Año:	2010	Día:	27	Mes:	11	Año:	2010
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 15 - 6-06						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	9	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	5

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Florencia-Caquetà 02/05/2023

Jemark M

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.117.509.964**

MANCILLA CONDE

APELLIDOS

GEMARK

NOMBRES

Gemark M. C.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1989**

FLORENCIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-DIC-2007 FLORENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4400100-00077761-M-1117509964-20080924 **00036**83707A 1 23774117

Declaraciones de bienes y rentas, conflictos de interés e impuesto sobre la renta y complementarios (Ley 2013 de 2019)

Consulte aquí el registro de información sobre bienes y rentas, conflictos de interés e impuesto sobre la renta y complementarios realizado por las personas naturales o jurídicas según indica la Ley 2013 de 2019.

¿Cómo puedo consultar las declaraciones?

- Para consultar las declaraciones de una persona específica (declarante)
- Para consultar todas las declaraciones de una entidad
- Para consultar las declaraciones por periodo

¿Qué información encontraré en los resultados?

En los resultados de su búsqueda encontrará la siguiente información: **Declarante**: nombre o razón social y número de documento de identidad de quien declara; **Entidad**: sobre la cual el declarante registra sus posibles conflictos de intereses; **Cargo/Contratista**: cargo del declarante en la entidad señalada, o si es contratista en ella; **Tipo de publicación**: si la declaración es de Ingreso, Retiro, Periódica u Otra (Ley 2013 de 2019); **Declaración No.**: número y versión de la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por

Realice una consulta

Tipo de persona	NATURAL
Primer nombre	
Segundo nombre	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Número de documento de identidad	1117509964
Nombre entidad	
Fecha de publicación	dd/mm/yyyy hasta dd/mm/yyyy

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
GEMARK MANCILLA CONDE CEDULA DE CIUDADANIA - 1117509964	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	**713993-01** Declaración inicial	2022-10-13 11:33	FINALIZADO
GEMARK MANCILLA CONDE CEDULA DE CIUDADANIA - 1117509964	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	PERIÓDICO	**495828-01** Declaración inicial	2022-01-24 13:55	FINALIZADO
GEMARK MANCILLA CONDE CEDULA DE CIUDADANIA - 1117509964	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	**197932-01** Declaración inicial	2021-07-22 14:59	FINALIZADO
GEMARK MANCILLA CONDE CEDULA DE CIUDADANIA - 1117509964	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	**185807-01** Declaración inicial	2021-07-12 11:03	FINALIZADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14770999438

(415)7707212489984(8020) 000001477099943 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 7 5 0 9 9 6 4	7	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

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 7 5 0 9 9 6 4	2 0 0 7 1 2 0 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANCILLA	CONDE	GEMARK	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 12 12 07

42. Correo electrónico: gekmanconde@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 3 7 8 4 7 3 2	4 3 4 4 3 0 6

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 07 - 08 / 23 : 31: 11

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 MANCILLA CONDE GEMARK
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2023 -05-03 20:50:43, el afiliado **GEMARK MANCILLA** identificado con **CC** número **1117509964** realizó una solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
533489826886	2023 -05-03 20:50:43	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1117509964	GEMARK MANCILLA	1160000	INDEPENDIENTE	2023 -05-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Mayo del año 2023.

Certificación Bancaria

Bancolombia

Miércoles, 3 de mayo de 2023

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **GEMARK MANCILLA CONDE** identificado(a) con cc. **1117509964** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	466-234524-17	2021/07/09	Activa

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

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

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

Powered by CamScanner

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: GEMARK MANCILLA CONDE CC 1117509964

Fecha: 16/07/2021 07:31:28

SID: **14796** Orden Nro. 37053

Empresa: PARTICULAR

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**16/07/2021**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
07:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGF	Psicologia	
07:42 am	RONALD MIGUEL SOTELO MARIM(	Medicina Ocupacional	
08:00 am	CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENT	Audiometria	
08:10 am	JAIME ANDRES GOMEZ RESTREP(	Otros Servicios	
08:48 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometria	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSC	1
OPTOMETRIA	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
CUADRO HEMATICO	1
ENFASIS CARDIOVASCULAR	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
	8

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada

*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.

*Evite Tocar la Puerta.

*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas

*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.

*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CALLE 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Gemark Mancilla Conde	1117509964	15475
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	4/10/1989
Direccion:	SAN FRANCISCO CALLE 12 N 12-31		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
32832	Masculino	31 a	Union Libre	1	Profesional Universitari	FLORENCIA	16/07/2021 07:39:49

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	MEDIMAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR SENA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE I	Estrato:	[1] - Bajo Bajo		

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
TELEPERFORMAN	OPERADOR TELE		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
COLEGIO JOSE AN	PROFESOR DE I	1 AÑO	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
particular	instructor sena		☑	☐	☑	☑	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:

* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☐ Casco: ☐ Tapabocas: ☑ Overol: ☐ Botas: ☐ Protector Auditivo: ☐ Respirador: ☐ Guantes: ☐

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☑	Mama	HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐	No Refiere	Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐	No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐	No Refiere
Quirurgicos:	☐	No Refiere	Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐	No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐	No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐	No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere			

No Refiere Antecedentes Personales

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

** Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL: No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐
FECHA ULTIMA REGLA: No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: No Aplica	☐ METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:		TETANO:				
PAPERAS Y RUBEOLA:		HEPATITIS:				
INFLUENZA:		OTRAS:				
Resultado Inmunizaciones:						

G. - HABITOS:

FUMA	○ Si ● No		
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	○ Si ● No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:	n/r		

ALCOHOL:	● Si	○ No	
FRECUENCIA:	n/r	TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	○ Si	● No	
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	● Si	○ No	
SEDENTARIO PURO:	○ Si	● No	
SEDENTARIO:	○ Si	● No	

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☒

Otros: No Refiere

Especifique:

FUTBOL

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	78 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
74 Kgs	180 Cms	22.8 k/m2	78 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
20 x minuto	125/88 mmHg	Pequeño	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	N
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	Anormal	Amétrope No Corregido
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo	☐	Visual	☑	Respiratorio	☐	Ergonomico ☐
	Dermatologico	☐	Cardiovascular	☐	Otros	☐	
	ESPECIFIQUE:						

TIPO DE PROTECCION	CASCO	BOTAS	GUANTES	P. AUDITIVO	P. RESPIRATORIA	P. VISUAL
	☐	☐	☐	☐	☑	☐
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	ASTIGMATISMO
2	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
3	[CIE1O No.]E782:HIPERLIPIDEMIA MIXTA
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, ENFASIS CARDIOVASCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA , AUDIOMETRIA OCUPACIONAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL: Apto para el cargo..

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas. Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP, cita por optometria en su EPS, control de lipidos en su EPS.

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo:	☑	No APTO para el Cargo:	☐	Aplazado:	☐	
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura:	☐	Espacios Confinados:	☐	Manipulacion de Alimentos:	☐	
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria:	☐	No Satisfactoria:	☐	Valoracion por E.P.S.:	☐	
Periodico o Cambio de Ocupacion:	☐	Reubicar Trabajador	☐	Continua en el Cargo	☐		

Thu Jul 2021 07/08/21 07:29:25

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

Fri Jul 2021 07/16/21 07:29:34

Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Gemark Mancilla Conde **Fecha:** 16/07/2021 12:00:00 AM **SID-VISIO : 16878**
No. Identificacion: 1117509964 **Empresa:** PARTICULAR Particular
Edad: 31 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR SENA Ingreso

Cargo: DOCENTE Area: No Refiere Antiguedad: INGRESO



A. Personales Visuales: No Refiere
A. Familiares Visuales: No Refiere
A. Ocupacionales Visuales: No refiere
Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: ○ Si ● No Bifocal: ○ Si ● No LDC: ○ Si ● No
Tipo de Uso : NO APLICA Trae Rx: ○ Si ● No

Ultimo Examen: 10 MESES Ultimo Diagnostico: Examen Normal

RX EN USO TIPO DE LENTE: NO APLICA

OD: **AV:**
OI: **AV:**

Sintomatologia: VISION BORROSA POR EL OJO DERECHO.

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion			PH
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA		V. PROXIMA	
O.D.:			O.D.:	20/25	0.5M	O.D.:
O.I:			O.I:	20/20	0.5M	O.I:
A.O:			A.O:	20/20	0.5M	A.O:

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO **OI:** SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO
Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal
Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: NO SE REALIZA POR PROTOCOLO COVID-19 MIN SALUD. **OI:** NO SE REALIZA POR PROTOCOLO COVID-19 MIN SALUD

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N-0,75*1 **AV:** _____

OI: N-0,25*0 **AV:** _____

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

◯ Corregido ● No Corregido ◯ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			**ALTURA:**		
	OJO	**ESFERICO**	**CILINDRICO**	**EJE**	**A.V.**
LEJOS	DERECHO	NEUTRO	-0,75	0 °	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO	-0,25	0 °	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: MONOFOCAL					
CLASE DE FILTRO:					

Clasificación: **Amétrope No Corregido**

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION NO CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica ASTIGMATISMO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, CORRECION OPTICA CON LENTES DE CONTACTO, PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP.

Gloria L. Espinosa.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052
Thu Jul 2021 07/15/21

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE
Fri Jul 2021 07/16/21 07:23:34



Indice Derecho

ClíPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: GEMARK MANCILLA CONDE **SID : 14796**

No. Identificacion: 1117509964

Edad: 31 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 37053 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 16/07/2021 07:31:33

Fecha de Impresion: 16/07/2021 03:40:28 pm

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. CUADRO HEMATICO			
Recuento de Leucocitos	9.7	x10^3/uL	3.70-10.1 x10^3/uL
% Granulocitos	56.0	%	39.0 - 65.0%
% Linfocitos	38.7	%	18.0 - 48.3 %
% Monocitos	5.3	%	4.40-12.7 %
# Granulocitos	5.4	x10^3/uL	1.63-6.96 x 10e3/uL
# Linfocitos	3.8	x10^3/uL	1.09-2.99 x10^3/uL
# Monocitos	0.5	x10^3/uL	0.240-0.790 x 10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	5.12	x10^3/uL	4.06-4.69 x10^3/uL
Hemoglobina	14.5	g/dL	12.9-14.2 g/dL
Hematocrito	42.7	%	37.7-53.7 %
Volumen Corpuscular Medio	83.5	fL	81.1-96.0 f/L
HB corpuscular media	28.3	pg	27.0-31.2 pg
Concentración HB corpuescular media	33.8	g/dL	31.8-35.4 g/dL
Ancho Distribución Eritrocitaria	12.8	%	11.5-14.5 %
Recuento de Plaquetas	278	x10^3/uL	150-450 x10^3/uL
Volumen Plaquetario Medio	9.9	fL	6.90-10.6 fL
Ancho de Distribuciòn Plaquetas	16.0	10(GSD)	0.00-99.9 10(GSD)
Plaquetocrito	0.275	%	0.00-9.99 %
DIFERENCIAL MANUAL			
2. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	87	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
3. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	**241**	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	42	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	126	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	25.2	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	**173.8**	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	5.7		0 - 5.7

Validado:Yuilieth Murillo Aguirre
Tue Jul 2021 07:06:20 11:31:45
BACTERIOLOGA - BACTERIOLOGA



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Gemark Mancilla Conde	1117509964	15475
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	4/10/1989
Direccion:	SAN FRANCISCO CALLE 12 N 12-31		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
32832	Masculino	31	Años	Union Libre	Profesional Universitari	FLORENCIA	16/07/2021 07:39:49

Objetivo:	Ingreso	E.P.S.:	MEDIMAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR SENA
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE I		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO: ☐	ENDOMORFICO: ☑	ECTOMORFICO: ☐
2. POSTURA	NORMAL: ☑	ASIMETRICA: ☐	
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL: ☑	NO: ☐	
4. MARCHA	NATURAL: ☑	RIGIDEZ: ☐	COJERA: ☐
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
6. PALPACION			
a. APOFISIS ESPINOSAS:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
d. MUSCULOS PARAESPINALES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
7. PERCUSION			
EXAMEN FUNCIONAL			
FLEXION			
GRADO I: ☐	GRADO II: ☐	GRADO III: ☑	GRADO IV: ☐
PRUEBA DE SCHOBER		MAYOR DE 5 CMS (N): ☑	MENOS DE 5 CMS: ☐
EXTENSION			
INCLINACION LATERAL			
ROTACION Y FLEXION		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER		RELAJACION PV: ☑	CONTRACTURA PV: ☐
CUNCLILLAS			
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:		NORMAL: ☑	ANORMAL: ☐
ESCOLIOSIS:		SI: ☐	NO: ☑
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:		TONO NORMAL: ☑	DEBILIDAD: ☐

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR **MUSLO:** _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	● N	○ AN
DERMATOMA L4:	● N	○ AN
DERMATOMA L5:	● N	○ AN
DERMATOMA S1:	● N	○ AN
DERMATOMA S2:	● N	○ AN
DERMATOMA S3:	● N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	● N	○ AN
CUADRICEPS:	● N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	● N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	● N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	● N	○ AN
GLUTEO MEDIANO:	● N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	● N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	● N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	● N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA		
FABERE:	○ POS	● NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS	● NEG

OBSERVACIONES:

Thu Jul 2021 07/08/21 07:29:25

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM:
Registro Mèdico 18822

Gemark

Fri Jul 2021 07/16/21 07:29:34

Firma del Paciente o Responsable



Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

.4A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Nombre Paciente:	Gemark Mancilla Conde	**Identificacion** 1117509964	**Codigo Unico Paciente:** 15475
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	4/10/1989
Direccion:	SAN FRANCISCO CALLE 12 N 12-31		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
32832	Masculino	31	Años	Union Libre	Profesional Universitari	FLORENCIA	16/07/2021 07:39:49

Objetivo:	Ingreso	**E.P.S.:**	MEDIMAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR SENA
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria
☐	No Satisfactoria

Valoracion por: E.P.S. ☐ A.R.L. ☐

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en el Cargo

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☑ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, ENFASIS CARDIOVASCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA , AUDIOMETRIA OCUPACIONAL.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

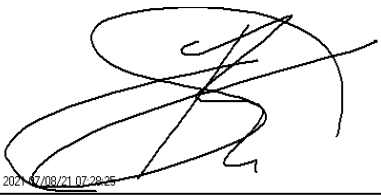
Apto para el cargo..

RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Para la prevención del contagio del COVID-19 es necesario conocer la organización de la empresa, el proceso productivo, las tareas, procedimientos, equipos de trabajo, tiempo de exposición (jornadas o turnos de trabajo), característica del trabajador (estado de salud, edad, sexo) Estas información permite evidenciar las características proclives a la exposición al contagio en los lugares de trabajo.
Medida generales; Lavados de manos: Todos trabajadores tanto en el trabajo remoto, centros de operación o en actividades externas, deben realizar protocolo lavados de manos con una prioridad mínima de 3 horas en donde contacto con el jabón debe durar mínimo de 20-30 segundo, toallas desechables. Disponer de alcohol glicerado en lugar acceso fácil. Distanciamiento social: Los trabajadores deben permanecer al menos 2 metros de distancia de otras personas y entre los puestos de trabajo evitando contacto directo.
Uso de tapa Boca: Estos elementos que cubren de manera oclusiva la nariz y boca y las personas reducen la posibilidad de contacto con secreción nasal o saliva de otras personas. Higiene de postura; Pausas activas cada 2 horas 5 minutos para relajamiento muscular. Uso EPP, cita por optometria en su EPS, control de lipidos en su EPS.

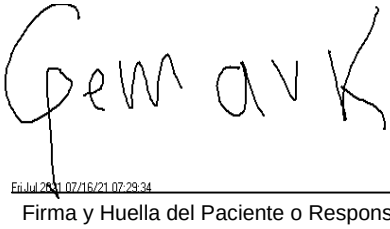


Thu Jul 2021 07/08/21 07:29:25

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822
Especialista Salud ocupacional Reg. 0326

16/07/2021 14:08:25

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Fri Jul 2021 07/16/21 07:29:34

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Gemark Mancilla Conde **Fecha:** 16/07/2021 **SID-AUDIO : 13722**

No. Identificacion: 1117509964 **Empresa:** PARTICULAR Particular

Edad: 31 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR SENA Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual:

Ruido Laboral:

Cargo Anterior: SUPERVISOR

Empresa: TELEPERFORMARCE COLOMBIA

Tiempo de Servicio:

Proteccion Auditiva:

Tiempo Servicio: 10 MESES, APROX.

Ruido Laboral:

Proteccion Auditiva Utilizada:

Ultimo Examen de Audiometria: HACE 2 AÑOS, APROX. , APROX.

Reporte Ultimo Examen: NORMAL

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido



Servicio Militar:	Si ○	No ●	Tiro al Blanco:	Si ○	No ●
Moto:	Si ●	No ○	Tejo:	Si ○	No ●
Carro:	Si ●	No ○	Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ●	No ○
Avion / Helicoptero:	Si ○	No ●	Discoteca:	Si ○	No ●
Natacion:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros Cual: No refiere

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○	No ●	Diabetes:	Si ○	No ●
Paperas:	Si ○	No ●	Sarampion:	Si ○	No ●
HTA:	Si ○	No ●	Paralisis Facil:	Si ○	No ●
Meningitis:	Si ○	No ●	Cefaleas:	Si ○	No ●
Rubeola:	Si ○	No ●	Otros:	Si ●	No ○

Otros Cual?: AMIGDALITIS.

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○	No ●	Otitis:	Si ○	No ●
Otorrea:	Si ○	No ●	Cirugias de Oido:	Si ○	No ●
Acufenos / Tinnitus	Si ○	No ●	Hipoacusia:	Si ○	No ●
Vertigo:	Si ○	No ●	Rinitis:	Si ○	No ●
Sensacion de Oidos Tapado	Si ○	No ●	Sinusitis:	Si ○	No ●
Infecciones:	Si ○	No ●	Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○	No ●
Tapon de Cerumen:	Si ○	No ●	Otros:	Si ○	No ●

Otros: No refiere

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No

Hace Cuanto Tiempo:

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Morbilidad al Ruido:

El Ruido le Molesta:	Si ○	No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○	No ●
Le produce mal Genio:	Si ○	No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○	No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○	No ●

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

Otras: No refiere

OTOSCOPIA

PARAMETROS	OIDO DERECHO	OIDO IZQUIERDO
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:		

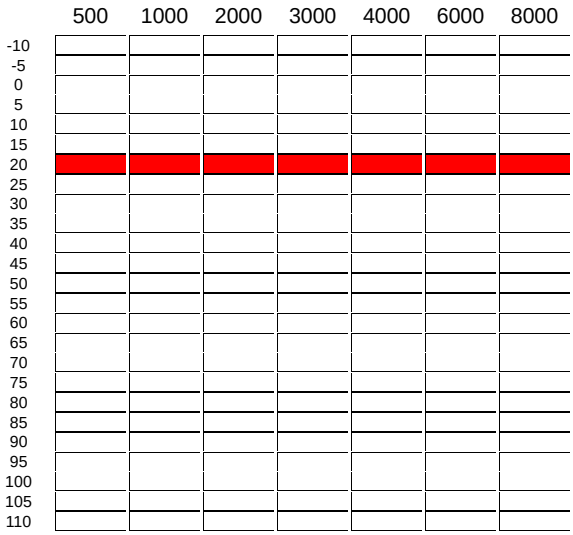
Reposo Auditivo: Si ● No ○ Horas Reposo: 7 HORAS



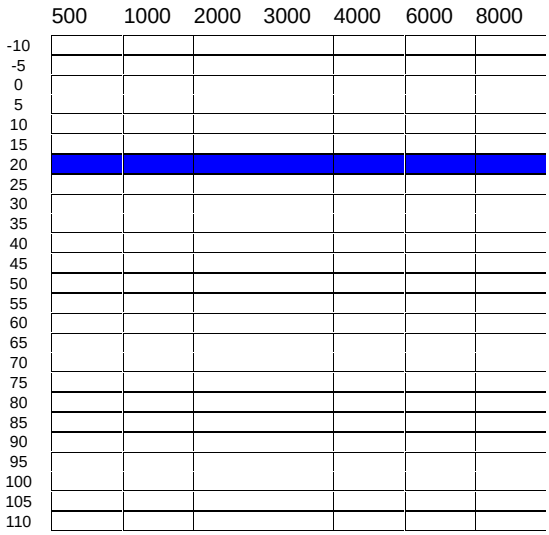
Descripcion: _____ Audiocups: ☑

Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 26/06/2018 Cabina: ☑

OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB	
Oido Derecho	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB
Oido Izquierdo	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Grado de Audición: Normal

Impresion Diagnostica: [CIE1O-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion Ocupacional: Larsen Normal

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

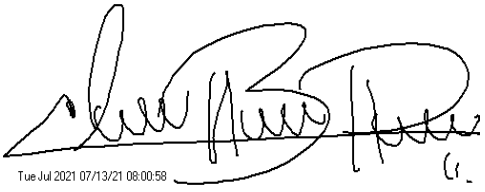
Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

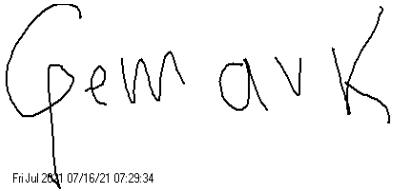
E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENTEL / TP 2700



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho