Libertad y Orden

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*
JIMENEZ	LUNA	DAHGNA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (✔) C.E ( ) PAS ( ) No. 32714777

SEXO: F (✔) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO (✔) *PAÍS*: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 30 MES 03 AÑO 1967

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA ANA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 67#14-40

PAÍS COLOMBIA DEPTO ATLANTICO

MUNICIPIO SOLEDAD

TELÉFONO 3951151 EMAIL MILJINET@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:* PRIMARIA
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	✔	6o.	7o.	8o.	9o.	10	✔	MES 23 AÑO 1998

EDUCACION 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		X		ABOGADA	03	2011	208348

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
ESPAÑOL			✔						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	BARRANQUILLA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5461500	DÍA 01 MES 02 AÑO 2022	DÍA 30 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO JURIDICO	SUBDIRECCION	CALLE30# 4E-164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	BARRANQUILLA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5461500	DÍA 28 MES 01 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO JURIDICO	SUBDIRECCION	CALLE30# 4E-164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	BARRANQUILLA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 28 MES 01 AÑO 2020	DÍA 14 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO JURIDICO	SUBDIRECCION	CALLE 30#3E-164

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SENA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ATLANTICO	BARRANQUILLA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3852891	DÍA 29 MES 01 AÑO 2018	DÍA 14 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INDUCCION REGLAMENTO AL APRENDIZ	BIENESTAR AL A APRENDIZ	CALLE 30# 4E164

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	6	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ✔ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento BARRANQUILLA 23 ENERO 2023

DAHGNA JIMENEZ LUNA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

PANTALLAZO DECLARACION DE RENTA DAHGNA JIMENEZ

Si tiene alguna duda o presenta algun inconveniente, escribanos a: soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	906993-01 Declaración Inicial	2023-01-23 13:29	FINALIZADO
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	905981-01 Declaración Inicial	2023-01-23 11:37	FINALIZADO
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	422195-01 Declaración Inicial	2022-01-12 22:06	FINALIZADO
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	401221-01 Declaración Inicial	2022-01-09 16:43	FINALIZADO
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	OTRO	26832-01 Declaración Inicial	2021-01-18 21:02	FINALIZADO
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	26686-01 Declaración Inicial	2021-01-18 19:40	FINALIZADO
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	26628-01 Declaración Inicial	2021-01-18 19:15	FINALIZADO
DAHGNA JIMENEZ LUNA CEDULA DE CIUDADANIA - 32714777	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Reporte de Entidad	CONTRATISTA	INGRESO	26541-01 Declaración Inicial	2021-01-18 18:43	FINALIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Concepto: 02 **Actualización**

4. Número de formulario: 14892426866

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3271477	5	Impuestos de Barranquilla	

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 13	3271477	1985/10/31

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Atlántico 08	Barranquilla 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	LUNA	DAHGNA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Atlántico 08	Soledad 758

41. Dirección principal: CL 67 14 46 BRR VILLA ESTADIO

42. Correo electrónico		43. Código postal		44. Teléfono 1	45. Teléfono 2	
dejilu1027@hotmail.com				3116565588		

CLASIFICACIÓN

Actividad económica			Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades		
46. Código / 47. Fecha inicio actividad: 8541 / 2023/01/01	48. Código / 49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores				
54. Código	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: 2023 - 01 - 31 / 07 : 46: 53

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:

964. Nombre: JIMENEZ LUNA DAHGNA
965. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-01-2023 07:46:23AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá, Julio / 13 de 2023

Señor (a): DAHGNA JIMENEZ LUNA
CC. 32714777
CL 67 14 40.
SOLEDAD

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 28 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **13/07/2023**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DAHGNA JIMENEZ LUNA** con **Cédula de Ciudadanía** número **32714777**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**027370057047**
Fecha de apertura	**16/01/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAHGNA JIMENEZ LUNA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32714777,** se encuentra afiliado/a desde **26/02/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de julio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**DAHGNA JIMENEZ LUNA**	**REFERENCIA:**	**301006711**
DOCUMENTO:	**CC.32714777 D.R.I. 28158**	**FECHA INGRESO:**	**31.Ene.2023 10:35:54**
EMPRESA:	**INTERFAZ (MEDICINA DE TRABAJO) SGM F**	**SEDE:**	**Falab MT Barranquilla**
DOCTOR:	**NO DISPONIBLE**	**EDAD-SEXO:**	**65 Años - Femenino**

BIOQUIMICA SANGUINEA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
Glicemia (Glucosa)	**123**	**mg/dL**	**70 - 100 mg/dL**
			Vlr. Referencia para grupos Especiales:
			Prematuros: 20 - 60 mg/dL
Hora de toma:	**Basal**		
Técnica: Hexoquinasa			
OBSERVACIONES:	No se cuenta con suficientes datos clinicos. Se sugiere correlación de resultado con historia clinica del paciente.		

NOTA: Criterios de la Asociación Americana de Diabetes - ADA- 2022.
Valores esperados:
Glucosa normal en ayunas: menor de 100 - 125mg/dL Indicativos de Pre-diabetes
Valores Iguales o mayores a 126mg/dL, se debe confirmar Diabetes Mellitus.
Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1)S17–S38).

Analizado por,

YESENIA ELINOR SANDOVAL LASCARRO
PROFESIONAL DE PROCESAMIENTO T.P:1048272764
Copiado: YESL

Fecha de Validación: 31/Ene 2023 13:57

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

VIGILADO Supersalud

asado en Laboratorio Habilitado Andreas Rothuen SAS miembro del Grupo SYNLAB
n el respaldo científico de los Laboratorios Miembros del GRUPO SYNLAB: Laboratorio Angel, Laboratorio Clínico Bolivar Sanin, Instituto de referencia Andino, Laboratorio Clínico Siplas y
oratorio Clínico Andreas Rothstein

HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

Fecha de Impresión: 20230131
https://www.synlab.co/

FECHA DE REGISTRO 2023-01-31
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	DAHONA JIMENEZ LUNA			**Identificación** CC	Nro 32714777
Fecha de Nacimiento	1967-03-29	**Edad**	55	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR NORTE				
Cargo	CONTRATISTA				
Profesión					
Ciudad de origen		**Fecha Ingreso**	2023-01-31 10:41:20		
		Fecha Salida	2023-01-31 10:41:28		

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN	
CIUDAD DE ATENCION	SQ
DATOS EMPRESA	
JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OBSERVACIONES	NO
EN LA EMPRESA ACTUAL	
EXPOSICION A SOLVENTES	NO
EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
EXPOSICION A MATERIAL PARTICULADO	NO
EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO
EXPOSICIÓN A RADIACION IONIZANTE	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO
OTROS	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

OBSERVACIONES	NO

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

PATOLOGICOS	NO
QUIRURGICOS	NO
FARMACOLOGICOS	NO
GLAUCOMA	NO
CATARATAS	NO
RINITIS	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO
PATOLOGIA OCULAR	NO
AMBLIOPIA	NO
PTERIGIO	NO
DEFECTOS REFRACTIVOS	SI
TRATAMIENTOS ORTOPTICOS	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO
ALTERACIONES TIROIDEAS	NO
ESTRABISMO	NO
DIABETES MELLITUS	NO

ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO
OTROS	NO
OBSERVACIONES	PACIENTE USUARIA DE ANTEOJOS USO PERMANENTE Y LOS TIENE HACE 1 AÑO

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS)
ULTIMO CONTROL VISUAL	MENOS DE 6 MESES
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI
RX OD	-2.25-3.00X140 ADD +2.25
RX OI	-2.25-2.00X25 ADD +2.25

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	NO
ARDOR	NO
ASTENOPIA VISION LEJANA	SI
ASTENOPIA VISION PROXIMA	SI
CANSANCIO	SI
CEFALEA	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO
DISMINUCION AV CERCA	NO
DESVIACION OCULAR	NO
DOLOR OCULAR	NO
ENROJECIMIENTO	NO
EPIFORA	NO
FOTOFOBIA	NO
INVERSION DE NUMEROS Y O LETRAS	NO
LAGRIMEO	NO
MAREO	NO
PRURITO	NO
RESEQUEDAD	NO
SALTO DE RENGLONES	NO
SECRECION	NO
VERTIGO	NO
VISION DOBLE	NO
OTROS	NO

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION OD	20/400
CON CORRECCION OD	20/30
SIN CORRECCION OI	20/400
CON CORRECCION OI	20/30
SIN CORRECCION AO	20/400
CON CORRECCION AO	20/30
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION OD	1M
CON CORRECCION OD	0.75M
SIN CORRECCION OI	1M
CON CORRECCION OI	0.75M
SIN CORRECCION AO	1M
CON CORRECCION AO	0.75M

CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION

OD	NORMAL
OI	NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	NORMAL
COVER TEST CERCA	NORMAL
PPC	NO APLICA
REFLEJOS PUPILARES	NORMAL

OBSERVACIONES	NORMAL

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OD	NORMAL - 15/15
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OI	NORMAL - 15/15
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION AO	NORMAL - 15/15
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	40 SEGUNDOS DE ARCO

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO	
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL	X
OBSERVACIONES	INADECUADAMENTE CORREGIDO
OCULAR Y MOTOR	

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANTE
VALORACION POR OPTOMETRIA	X
RECOMENDACIONES GENERALES	SE REMITE A OPTOMETRIA POR DEFICIENCIA VISUAL DE LEJOS Y CERCA CON SUS ANTEOJOS, INADECUADAMENTE CORREGIDO

CONTROLES

ANUAL	X

ste concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas araclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

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

SIN HUELLA

[redacted]
[redacted]

[redacted]
[redacted]

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

LABORATORIO CLINICO FALAB S.A.S
Dirección: CR 49 B # 79 - 99
Web: https://www.synlab.co/

FECHA DE REGISTRO 2023-01-31
TIPO DE EXAMEN PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	DAHGNA JIMENEZ LUNA			**Identificación** CC	Nro 32714777
Fecha de Nacimiento	1987-03-29	**Edad**	55	**Sexo**	F
Empresa	PARTICULAR NORTE				
Cargo	SENA - CONTRATISTA - INSTRUCTORA				
Profesión	ABOGADA				
Ciudad de origen	BARRANQUILLA	**Fecha Ingreso**	2023-01-31 11:38:45		
		Fecha Salida	2023-01-31 15:46:16		

CONCEPTO Sin restricciones médicas para desempeñar el cargo.

CONCEPTO ESPECIFICO

RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES GENERALES
REMISION A EPS
INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA
OTRAS
RECOMENDACIONES GENERALES - MANEJO NUTRICIONAL EN SU EPS. - VALORACION DE OPTOMETRIA, REQUIERE ACTUALIZACION DE SU RX OPTICA PARA CERCA Y LEJOS. - REALIZAR EJERCICIOS DE DRENAJE POSTURAL Y VENOSO PARA MIEMBROS INFERIORES. - VALORACION DE CIRUGIA GENERAL POR HALLAZGO ALTERADO EN PARED ABDOMINAL - NO LEVANTAR CARGAS HASTA CONCEPTO FAVORABLE DEL ESPECIALISTA. - REALIZAR TAMIZAJE DE PRESION ARTERIAL PARA AFINAMIENTO Y CONTROL DE CIFRAS EN SU EPS. - CONTROL MEDICO DE LABORATORIOS POR PARAMETRO FUERA DE RANGO EN QUIMICA SANGUINEA (GLUCOSA).

OCUPACIONALES
INGRESO PVE
OBSERVACIONES VISUAL.
USO DE EPP
PAUTAS ERGONOMICAS
PAUSAS ACTIVAS

EXAMENES REALIZADOS

EVALUACION PSICOLOGICA DE INGRESO	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR
VISIOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO MUESTRA EN AYUNAS

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito 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 respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó 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 medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que recibiré notificación a mi correo@ para la consulta de los resultados de los exámenes de laboratorio y paraclinico realizados y que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

SIN HUELLA

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

LABORATORIO CLINICO FALAB S.A.S
Direcolón: CR 49 B # 79 - 99
Web: https://www.synlab.co/



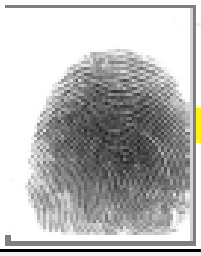
MONICA HERRERA ZABALA
RM: 2974
Firma y sello del médico alplasador



DAHGNA JIMENEZ LUNA
CC 52714777
Firma del trabajador alplasado

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL
INFORME DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
PARA INGRESO

FI-VI-V4
2021



DATOS GENERALES			
FECHA	31-01-2023	IPS	LABORATORIOS SYNLAB

El presente registro de huella de índice derecho se tomó durante la valoración psicológica, permitiendo constatar la identidad del sujeto y mediante la cual se da consentimiento por parte del trabajador para responder a la siguiente valoración.

DATOS DE LA EMPRESA	
RAZÓN SOCIAL	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DATOS DEL TRABAJADOR					
NOMBRES Y APELLIDOS	DAHGNA JIMENEZ LUNA			EDAD	55 AÑOS
ESTADO CIVIL	SOLTERA	SEXO	FEMENINO	CEDULA DE CIUDADANIA	32714777
CARGO	INSTRUCTOR SENA	NIVEL EDUCATIVO	PROFESIONAL	CIUDAD	BARRANQUILLA

OBSERVACIONES Y DATOS RELEVANTES DE LA ENTREVISTA SEMISTRUCTURADA.

CONDICIONES DE RIESGO.

Condiciones de alto riesgo:			
	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Antecedentes de actividades de alto riesgo.	X		
Antecedentes de actividades de fatiga física o mental.	X		
Antecedentes de estrés laboral.	X		
Antecedentes disciplinarios.	X		
Antecedentes de despido por justa causa.	X		
Antecedentes de incidentes o accidentes laborales.	X		

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS Y MEDICOS REPORTADOS:

	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Antecedentes médicos relevantes.	X		
Antecedentes quirúrgicos relevantes.	X		
Antecedentes psicopatológicos.	X		
Antecedentes psiquiátricos.	X		
Consumo actual de medicamentos.	X		

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS CLÍNICAS.

Presencia de indicadores sugestivos de signos o síntomas de:			
	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Ansiedad.	X		
Depresión.	X		
Conductas que permitan presumir presencia en el consumo perjudicial o dependencia de:			
	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
SPA	X		
Bebidas Alcohólicas.	X		

RESULTADOS DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA.

	Negativo	***Positivo***	**Profundización.**
Área Visoespacial:	X		
Identificación:	X		
Lenguaje:	X		
Atención:	X		
Memoria de Trabajo:	X		
Abstracción:	X		
Orientación:	X		

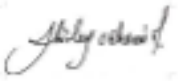
RESULTADOS DE PRUEBAS DE PERSONALIDAD.

	PARAMETROS NORMALES	***PARAMETROS ANORMALES***
Extroversión	X	
Conciencia de los Demás	X	
Responsabilidad	X	
Equilibrio Emocional	X	
Apertura a la Experiencia	X	

RECOMENDACIONES PARA MEDICO OCUPACIONAL.

NINGUNA.

CONSENTIMIENTO DEL TRABAJADOR PARA RESPONDER A LA SIGUIENTE VALORACIÓN: Acepto responder de manera libre y voluntaria a la entrevista psicológica Clínica – Ocupacional, tamizaje clínico y neurocognitivo, que me serán realizado como parte de la valoración psicológica ocupacional de ingreso, igualmente doy fe que toda la información que he suministrado es veraz y que soy consciente que esta valoración busca evaluar e identificar riesgos para el desempeño de mi trabajo. Brindo autorización para realizar el análisis de la información que suministre, la generación del reporte respectivo y que estos podrán ser entregados a las entidades o personas autorizadas legalmente.

	**La presente valoración es realizada por el profesional de la psicología SHIRLEY VIVIANA CHARRIS MARTINEZ identificado con tarjeta profesional N°219448 registrada en el Colegio Colombiano de Psicología.**
FIRMA Y DATOS DEL PSICÓLOGO EVALUADOR	

ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, en cumplimiento de lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y nuestra política de protección de datos personales, le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de la eventual prestación de nuestros servicios serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos.
El responsable del tratamiento de sus datos personales es ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, los recogerá a través de la presente entrevista, aplicación de pruebas psicotécnicas y serán usados para: (i) cumplir con obligaciones derivadas de una relación jurídica que se tenga con usted o se llegase a tener; (ii) cumplir con obligaciones de salud y otras obligaciones legales; (iii) orientarlo en tratamientos psicológico, terapias y calidad de vida; (iv) dar un concepto de salud mental a la empresa que solicita la presente valoración, (v) recolectar, almacena y consolidar la información suministrada. Usted tendrá derecho de acceder, rectificar y actualizar esa información.
Leído lo anterior, AUTORIZO de manera previa, explícita e inequívoca a ATMA PSICOLOGÍA S.A.S, el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales y las aquí contempladas. Declaro que soy el titular de la información aquí reportada y que la misma ha sido suministrada de forma voluntaria siendo la misma completa, confiable, veraz, exacta y verídica.