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
QUINTERO	PARRA	JUAN DAVID

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1143356600	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1143356600 D.M. 14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 28 MES 12 AÑO 1991	CARRERA 47 85 04 casa campo valdez			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	MEDELLÍN		
MUNICIPIO	SAN RAFAEL	TELÉFONO	2459899	EMAIL	saludocupacional202017@gmail.

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°	1X1°	MES	12	AÑO	2010

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	6	X		TECNOLOGIA EN SALUD OCUPACIONAL	12	2013	1698
PREGRADO	2	X		TECNICO EN RECURSOS HUMANOS	09	2014	
PREGRADO	2	X		TECNICO EN CONSTRUCCION DE EDIFICACIONES	07	2021	
PREGRADO	9	X		PROFESIONAL EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORAL	08	2022	2022060368031

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

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 ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3232459899	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	07	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSCTRUCTOR	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 68 NORTE 0A 10468 NORTE complejo norte						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3232459899	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* TRABAJO EN ALTURAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 68 104 null						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* TRABAJO EN ALTURAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 68 104 null						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3232459899	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* TRABAJO EN ALTURAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 68 NORTE null null						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD PRESEGURIDAD SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* COPACABANA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJO SEGURO EN ALTURAS					*DIRECCIÓN* CALLE 4C 16A null						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJO SEGURO EN ALTURAS					*DIRECCIÓN* Carrera 68 #104, Complejo Norte - SENA Regional An						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SIA COLOMBIA S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4480189	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	20	*Mes*	01	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 46N 47 66 LOCAL 3028						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	28	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALTURAS					*DIRECCIÓN* Carrera 68 #104,						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALTURIA SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6499065	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	11	*Año* 2017	*Día*	04	*Mes*	02	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSPECTOR SISO	*DEPENDENCIA* GESTION HUMANA					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 KM 16						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INGEOMEGA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3510037	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	26	*Mes*	10	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR SISO	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 55B 72A 116 ITAGUI						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACTTURA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3733825	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	06	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 46N 41 69 ITAGUI					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERFORACIONES Y VOLADURAS DIALHEZA S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3136147237	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* GERENCIA						*DIRECCIÓN* Buenos aires cr 85 #46-07					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SEGURIDAD ALTURAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3414170	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	25	*Mes*	01	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TRABAJO SEGURO EN ALTURAS						*DIRECCIÓN* km1 via medellin bogota					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSTRUCTORA LUXE BY THE CHARLEE (GUATAPE) S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4444605	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSPECTOR SISO	*DEPENDENCIA* INTERVENTORIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 30 #8 B EDIFICO SAN ESTEBAN					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS INDUSTRIALES Y PORTUARIOS S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 320565036	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	13	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE SSTA	*DEPENDENCIA* SST						*DIRECCIÓN* MAMONAL KM 9					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EXELA BPO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3165599018	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	08	*Mes*	09	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUPERVISOR HSE	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* Mamonal KM 9						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOTEL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6601083	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	06	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA SST	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* Calle 2da de badillo centro historico						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO DE APRENDIZAJE SENA-CDHC			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3232459899	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	10	*Mes:*	02	*Año:* 2023	*Día:*	07	*Mes:*	12	*Año:*	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 0 NORTE 68A 0 NORTE COMPLEJO NORTE						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SENA CDHC			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3232459899	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	26	*Mes:*	01	*Año:* 2022	*Día:*	21	*Mes:*	12	*Año:*	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 68 NORTE - 104						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	10	*Mes:*	02	*Año:* 2021	*Día:*	18	*Mes:*	12	*Año:*	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* - 104N 65 120						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 4442800	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	04	Mes:	02	Año:	2020	Día:	16	Mes:	12	Año:	2020
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 104N - 65 120						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	04	Mes:	02	Año:	2019	Día:	18	Mes:	12	Año:	2019
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	05	Mes:	02	Año:	2018	Día:	10	Mes:	12	Año:	2018
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					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	5	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO__X 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 *Medellín Enero 2024*

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.

Medellín, 9 de febrero de 2023

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1143356600

APELLIDOS Y NOMBRES

QUINTERO PARRA

JUAN DAVID

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2021	**2031**	**2041**

PROFESIÓN **BACHILLER**

FECHA DE EXP.: **17 AGO 2012**

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

3188629
EJ DHL 893

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**
JUAN	**DAVID**	**QUINTERO**	**PARRA**

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1143356600

Lugar de Nacimiento

País SAN RAFAEL Departamento ANTIOQUIA Municipio MEDELLIN

Lugar de domicilio

País COLOMBIA Departamento ANTIOQUIA Municipio MEDELLIN

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.

Cargo o función que cumple

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

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

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	40.354.568
Cesantías e intereses de cesantías	190.000
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	**40.544.568**

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
Cuenta de ahorros	Colombia	$ 550.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
CASA	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLIN	43.609.500

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

CONCEPTO	SALDO
Credito libre inversion	8.260.647.71
Credito hipotecario	$ 101.920.500

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

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
Jennifer Andrea Zuluaga Garces	**Sociedad conyugal**	1214737220

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	
Padre	Fracisco	Albeiro	Quintero	Urrea	71.002.985
Madre	Luz	Mery	Parra	Zuluaga	43.701.277
Hijo(a)	Maria	Guadalupe	Quintero	Zuluaga	1.034.933.204
Hermano(a)	Julian		Quintero	Parra	1,007,733,602

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:

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14980759851

(415)7707212489984(8020) 000001498075985 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 3 3 5 6 6 0 0	8	Impuestos de Medellín 1 1	

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUINTERO	PARRA	JUAN	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CR 47 CL 85 04

42. Correo electrónico: juanyear_91@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 5 0 0 0 5	6 0 4 6 6 3 1 7 7 5	3 2 3 2 4 5 9 8 9 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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

Usuarios 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 2024 - 02 - 09 / 20 : 40: 14

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUINTERO PARRA JUAN DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUAN DAVID QUINTERO PARRA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1143356600** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1143356600
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN DAVID QUINTERO PARRA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	210
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **11/01/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUINTERO PARRA JUAN DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.143.356.600** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de febrero de 2015 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 11 de enero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

20240111184011

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:49:50 horas del 12/01/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1143356600,** Apellidos y Nombres **QUINTERO PARRA JUAN DAVID**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1143356600 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 11/01/2024 09:34 PM

Código Verificación: **ZYALF1N8MT**

Válida hasta: **11/04/2024**

Dirección de Gobierno Digital

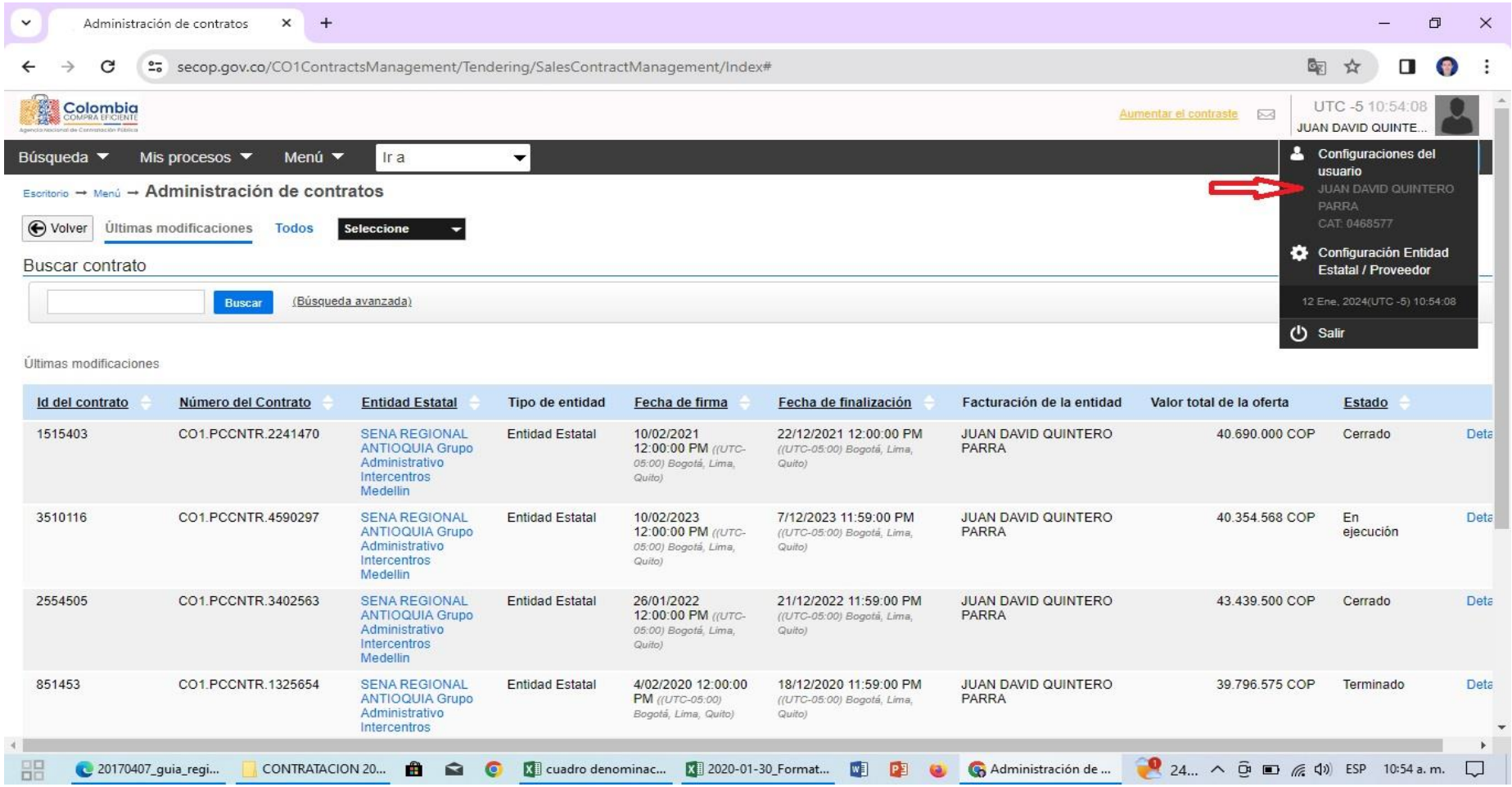
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 el señor JUAN DAVID QUINTERO PARRA identificado con Cédula de Ciudadanía 1143356600, se inscribió en nuestro servicio el día 29/06/2012.

El presente certificado se genera el día 11/01/2024, por solicitud del interesado.

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


Administración de contratos
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index#
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:54:08
JUAN DAVID QUINTE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Configuraciones del usuario
JUAN DAVID QUINTERO PARRA
CAT: 0468577
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
12 Ene, 2024(UTC -5) 10:54:08
Salir
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
1515403
CO1.PCCNTR.2241470
SENA REGIONAL ANTIOQUIA Grupo Administrativo Intercentros Medellin
Entidad Estatal
10/02/2021 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
22/12/2021 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
JUAN DAVID QUINTERO PARRA
40.690.000 COP
Cerrado
3510116
CO1.PCCNTR.4590297
SENA REGIONAL ANTIOQUIA Grupo Administrativo Intercentros Medellin
Entidad Estatal
10/02/2023 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
7/12/2023 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
JUAN DAVID QUINTERO PARRA
40.354.568 COP
En ejecución
2554505
CO1.PCCNTR.3402563
SENA REGIONAL ANTIOQUIA Grupo Administrativo Intercentros Medellin
Entidad Estatal
26/01/2022 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
21/12/2022 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
JUAN DAVID QUINTERO PARRA
43.439.500 COP
Cerrado
851453
CO1.PCCNTR.1325654
SENA REGIONAL ANTIOQUIA Grupo Administrativo Intercentros
Entidad Estatal
4/02/2020 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
18/12/2020 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
JUAN DAVID QUINTERO PARRA
39.796.575 COP
Terminado
20170407_guia_regi...
CONTRATACION 20...
cuadro denominac...
2020-01-30_Format...
Administración de ...
ESP
10:54 a. m.

COMPANY HEALTH S.A.S.
NIT: 900.861.108 – 5
Dirección: Diagonal 50 # 49 – 84 Piso 4, Edificio Colpatria
Teléfono: 604 4181810
Cel: 310 398 6466
Correo: comercial@companyh.co
Medellín



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.496

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	08 MES	2023 AÑO	MEDELLÍN (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

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)

QUINTERO PARRA JUAN DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 7 MESES 10 DÍAS	CC	1143356600
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTOR DE TRABAJO EN ALTURAS

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN ALTURAS, CON RECOMENDACIONES, SIN RESTRICCIÓN LABORAL, PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO PARA EL CUAL VA A SER CONTRATADO.

Observaciones: .

APTO — PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN PSICOFÍSICO CON TSA	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
VISIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN CARDIOVASCULAR	✓
GLICEMIA	✓	PRUEBAS VESTICULAR	✓
TEST DE PSICOLOGIA ESPACIOS CONFINADOS	✓	EVALUACION OCUPACIONAL NEUROLOGICA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL : VALORACION POR OPTOMETRIA EN SU	CONTROL DE PESO
	EPS, POR DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL, REQUIERE USO DE LENTES PERMANENTES. PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN EL EXAMEN ESTÁTICO Y DINÁMICO DE LA COLUMNA Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR A NIVEL DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS, NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES PRESENTA UN DEFECTO DE REFRACCIÓN Y DEBE SER EVALUADO EN SU ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD POR OPTOMETRÍA, REQUIERE LABORAR PERMANENTEMENTE CON LOS LENTES CORRECTIVOS, SIN ELLOS PUEDE HABER UN MAYOR RIESGO DE ACCIDENTALIDAD. DEBE TENER CONTROL DE SU VISIÓN EN 6 MESES.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

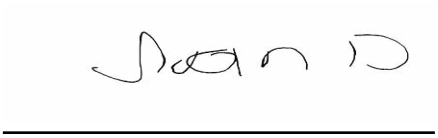
Firma: 

Nombre: OCAMPO RENDON HUGO ALEXANDER

R. M.: 05200803 **L.S.O.:** 104471

Código de Seguridad
Y1412E1K9496

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: QUINTERO PARRA JUAN DAVID

CC: 1143356600

Grupo semedic
Servicios de medicina laboral

CONCEPTO MÉDICO

Motivo de consulta: Ingreso

Fecha de consulta: 12/01/2024

Información paciente



Empresa:
Nombre completo: Juan David Quintero Parra
Responsable: JENIFER ANDREA ZULUAGA GARCÉS
Cargo: Instructor De Alturas
Edad: 32
Estado civil: Casado
Teléfono: 3232459899

Nº hijos: 1
EPS: EPS Sura
Peso: 72.80 Kg
IMC: 25.79

Empresa en misión: Particular
Identificación: CC: 1143356600
Acompañante: Ninguno
Fecha nacimiento: 28/12/1991
Genero: Masculino
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Dirección: Antioquia, Medellín, Cr 46a # 85 - 13 Barrio Campo Valdes
ARL: Positiva compañía de seguros
AFP: Protección S.A.
Talla: 168 Cm

Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional con énfasis osteomuscular.**
- **Prueba Foniatrica (tamizaje de voz).**

Concepto de aptitud

Apto para la labor.

Anexo

BUENAS CONDICIONES GENERALES.

EVALUACIÓN MÉDICA REALIZADA CON ÉNFASIS DERMATOLÓGICO SEGÚN LO SOLICITADO, NO SE ENCONTRARON ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS QUE PUDIERAN SER GENERADORAS DE RIESGO.

APTO PARA EL CARGO DE INSTRUCTOR DE ALTURAS. AUNQUE EN EL MOMENTO NO SE EXPIDE CONCEPTO ESPEFÍCAMENTE PARA TAREAS EN ALTURAS.

EN EL MOMENTO EL PACIENTE NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA NI GASTROINTESTINAL. REALIZAR FRECUENTE LAVADO DE MANOS, TENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE AL MENOS 1.5 METROS Y BRINDAR INFORMACIÓN INMEDIATA EN CASO DE ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD. ASISTENCIA A CAPACITACIONES. USO ADECUADO DE EPP. SE EXPLICA TIENE UNA RESPONSABILIDAD LEGAL PARA TOMAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO REPORTANDO INFORMACIÓN CLARA Y VERAZ DE SU ESTADO DE SALUD, ASÍ COMO OBRAR FRENTE AL PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL PARA DETENER TRANSMISIÓN Y PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INFECTO CONTAGIOSAS.

Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

Sistema de vigilancia epidemiológico

Biomecánico; Psicosocial; Visual

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Powered by CamScanner

Grupo semedic
Servicios de medicina laboral

Juan David
12-01-2024

CARLOS ANDRES GONZALEZ CORREA
Profesión: Medico especialista en medicina laboral y del trabajo
Registro: 5042399-2020060002297

Aspirante o trabajador
Juan David Quintero Parra
Identificación: CC: 1143356600

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Powered by CamScanner

Grupo semedic
Servicios de medicina laboral

PRUEBA DE VOZ

Información paciente



Empresa:
Empresa en misión: Particular
Nombre completo: Juan David Quintero Parra
Identificación: CC: 1143356600
Cargo: Instructor De Alturas
Fecha nacimiento: 28/12/1991
Edad: 32
Genero: Masculino
Estado civil: Casado
Escolaridad: Pregrado (Universitaria)
Teléfono: 3232459899
Dirección: Antioquia, Medellín, Cr 46a # 85 - 13 Barrio Campo Valdes
Nº hijos: 1
ARL: Positiva compañía de seguros
EPS: EPS Sura

Motivo de consulta: Ingreso
Fecha de consulta: 12/01/2024

Resultado:
PARÁMETROS SUBJETIVOS DE LA VOZ DENTRO DE LÍMITES NORMALES

JENIFFER ARENAS QUINTERO
Profesión: Fonoaudióloga
Registro: 1152692732

Jeniffer Arenas O.

Aspirante o trabajador
Juan David Quintero Parra
Identificación: CC: 1143356600

Juan David
12-01-2024

LA HISTORIA CLÍNICA ES PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE Y DE LAS ENTIDADES AUTORIZADAS POR LA RESOLUCIÓN 1918 DEL 2009

Powered by CamScanner

Grupo semedic Servicios de medicina laboral	TAMIZAJE FONIATRICO		
	Codigo: F-CE-005	Versión: 00	Fecha: 02/08/2023

VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA VOZ					
IDENTIFICACIÓN	1143356600	NOMBRE	Juan David Quintero Parra		
CARGO	Instructor De Alturas	EDAD	32	SEXO	M

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		ANTECEDENTES MÉDICOS	
USO FRECUENTE DE VOZ	SI	ALERGIAS NASOFARÍNGEAS	NO
ESFUERZO VOCAL	SI	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	NO
CANSANCIO VOCAL	NO	INFECCIONES LARÍNGEAS	NO
REPOSO VOCAL	SI	DISFONÍA/ AFONÍA	NO
		DIFUCULTAD PULMONAR	NO
		CIRUGÍAS FARÍNGEAS/LARÍNGEAS	

ANTECEDENTES PERSONALES			
FUMA	NO	CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS	OCASIONAL
CARRASPEA	NO	CONSUME ALIMENTOS IRRITANTES	NO
SECRECIONES CONSTANTES	NO	SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	NO
GRITA	OCASIONAL	TENSIÓN MUSCULAR CUELLO	NO
CANTA	NO	DOLOR A NIVEL DE CUELLO	NO

ESTADO DE ÓRGANOS FONOARTICULATORIOS					
LABIOS		DIENTES		PALADAR	
FISURA		MALOCLUSIÓN		FISURADO	
TÓNICOS		PRÓTESIS		OJIVAL	
HIPOTÓNICOS		EDENTULISMO		PLANO	
INTEGRIDAD FUNCIONAL	X	INTEGRIDAD DENTAL	X	INTEGRIDAD	X
NARIZ		AMÍGDALAS		ÚVULA	
DESVIACIÓN		AUSENTES		AUSENTE	
ALTERACIÓN CORNETES		CRÍPTICAS		BIFURCADA	
OBSTRUCCIÓN		HIPERTRÓFICAS		HIPOTÓNICA	
SIMÉTRICA	X	SANAS	X	MOVILIDAD ADECUADA	X
MÚSCULOS DEL CUELLO		LENGUA		OBSERVACIONES GENERALES	
TÓNICOS		ANQUILOGLOSIA		INTEGRIDAD FUNCIONAL GENERAL	
HIPOTÓNICOS		MACROGLOSIA			
TENSIÓN		TÓNICA			
INTEGRIDAD FUNCIONAL	X	INTEGRIDAD LINGUAL	X		

CARACTERÍSTICAS VOCALES					
INTENSIDAD		TONO		TIMBRE	
FUERTE	X	GRAVE	X	DISFÓNICO	
MEDIA		MEDIO		NASAL	
DÉBIL		AGUDO		CLARO	X
VARIABLE		CLARO		OPACO	

CARACTERÍSTICAS ELOCUTORIAS					
RITMO		POSTURA		ARTICULACIÓN	
ADECUADO	X	ADECUADA	X	ADECUADA	X
LENTO		INADECUADA		ABIERTA	
ACELERADO		VARIABLE		CERRADA	

Powered by CamScanner

FICHA RESPIRATORIA

FRECUENCIA RESPIRATORIA		TIPO RESPIRATORIO		MODO RESPIRATORIO	
RESPIRACIONES POR MINUTO	22	COSTAL SUPERIOR		NASAL	X REPOSO
ADECUADO		CLAVICULAR		ORAL	
INSUFICIENTE		ABDOMINAL	X	MIXTO	

RENDIMIENTO VOCAL (#)		PRUEBA DE ROSENTHAL	TIEMPO		
ALTO (1-28)	X 36	AMBAS NARINAS (20)	62 SEG	OBSERVACIÓN	SIN FÁTIGA
MEDIO (1-20)		NARINA DERECHA (20)	62 SEG		
BAJO (1-12)		NARINA IZQUIERDA (20)	60 SEG		

VOCALIZACIONES

NASALIZACIÓN VOCALES		RANGO MIN:	HOMBRES 15SEG		MUJERES 14.3 SEG	
NASALIZA		A	E	I	O	U
NO NASALIZA		19.38 SEG	20 SEG	19.9 SEG	19.2 SEG	20.2 SEG

COORDINACIÓN NEUMOFÓNICA (LECTURA)		PRUEBA DE GLATZEL	
ADECUADA	X	PERMEABILIDAD ADECUADA	X
INADECUADA		PERMEABILIDAD INADECUADA	

TIEMPO MÁXIMO DE FONACIÓN (A)		RELACIÓN S/Z		
TMF	19.38 SEG	/S/	19.38 SEG	OBERVACIÓN
ADECUADO	X	/Z/	19.2 SEG	
INADECUADO		RESULTADO	1.009	ADECUADA

INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA

PARÁMETROS SUBJETIVOS DE LA VOZ DENTRO DE LÍMITES NORMALES

RECOMENDACIONES

CONTROL Y/O SEGUIMIENTO DE VOZ SEGÚN SVE DE LA EMPRESA
REALIZAR PAUSAS PARA HIDRATACIÓN (PREFERIBLEMENTE AGUA, SORBOS PEQUEÑOS)
REALIZAR ESTIRAMIENTO DE MÚSCULOS DE CUELLO, CARA Y CABEZA AL INICIAR Y TERMINAR LA JORNADA LABORAL
EVITAR BEBIDAS Y ALIMENTOS QUE GENEREN IRRITABILIDAD EN LA GARGANTA
PROCURAR TENER POSTURA ADECUADA AL HABLAR Y DESEMPEÑAR LA LABOR
MANTENER BUENA HIGIENE ORAL

PROFESIONAL EVALUADOR (FONOAUDIÓLOGO)

JENIFFER ARENAS QUINTERO - CC 1152692732

Powered by CamScanner