FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BRAND	TOBON	PAULA JOSEFINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 43200080 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 01 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 81A 49A 64 casa segundo piso calasanz medellin

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

TELÉFONO 5780511 EMAIL pajobra@yahoo.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	1992

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*	
POSTGRADO	1	X		GESTION DE PROYECTOS	05	2012	NO
PREGRADO	3	X		TECNOLOGIA EN MERCADEO	11	1900	NO
PREGRADO	4	X		ASITENCIA ADMINISTRATIVA	11	2008	NO
PREGRADO	9	X		ASISTENCIA ADMINISTRATIVA	12	2008	NO
PREGRADO	5	X		ADMINISTRACION COMERCIAL Y DE MERCADEO	11	2011	NO

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 ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3151512652	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR CONTRATISCA	*DEPENDENCIA* AREA DE EMPRENDIMIENTO					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120 diagonal 104#69- 120						
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	02	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ADECUACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 104 69 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* UNIDAD EMPRENDIMIENTO SENA					*DIRECCIÓN* CALLE 104 65 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CDHC			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EMPRENDIMIENTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 104 69 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149299	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EMPRENDIMIENTO					*DIRECCIÓN* PEDREGAL						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO - SENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO - SENA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LINEA GESTION ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA						*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA						*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA						*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA						*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA						*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FORMACION						*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INSTRUCTOR						*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03					

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* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	03	*Año* 2007	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	03	*Año* 2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EDUCACION					*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ELSERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3155152652	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:* 2023	*Día:*	15	*Mes:*	12	*Año:*	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120 diagonal 104 69 120						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA L SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	02	*Mes:*	02	*Año:* 2022	*Día:*	18	*Mes:*	12	*Año:*	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 104 - 69 120						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA sena CHDC			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	15	*Mes:*	02	*Año:* 2021	*Día:*	22	*Mes:*	12	*Año:*	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 104 - 65 120						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
				COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO							
ANTIOQUIA	MEDELLÍN										
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	15	Mes:	02	Año:	2021	Día:	18	Mes:	12	Año: 2021
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN							
ADMINISTRACION	POSTGRADO										

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-		X		COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO							
ANTIOQUIA	MEDELLÍN										
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	13	Mes:	02	Año:	2020	Día:	04	Mes:	07	Año: 2020
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN							
ADMINISTRACION	POSTGRADO										

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
FUNDACION UNIVERSITARIA ESUMER			X	COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO							
ANTIOQUIA	MEDELLÍN										
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	11	Mes:	02	Año:	2019	Día:	20	Mes:	12	Año: 2019
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN							
ADMINISTRACION	POSTGRADO										

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
FUNDACION UNIVERSITARIA ESUMER			X	COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO							
ANTIOQUIA	MEDELLÍN										
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	29	Mes:	01	Año:	2018	Día:	13	Mes:	12	Año: 2018
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN							
ADMINISTRACION	POSTGRADO										

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS							
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-		X		COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO							
ANTIOQUIA	ITAGÜÍ										
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	23	Mes:	01	Año:	2017	Día:	19	Mes:	12	Año: 2017
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO			DIRECCIÓN							
ADMINISTRACION	PREGRADO										

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: FUNDACION UNIVERSITARIA ESUMER			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA				
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 29	Mes: 02	Año: 2016			Día: 15	Mes: 12	Año: 2016			
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO					DIRECCIÓN:					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA				
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 02	Mes: 02	Año: 2015			Día: 18	Mes: 12	Año: 2015			
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA				
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 20	Mes: 01	Año: 2014			Día: 15	Mes: 12	Año: 2014			
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA				
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 14	Mes: 01	Año: 2013			Día: 13	Mes: 12	Año: 2013			
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍS: COLOMBIA				
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 18	Mes: 01	Año: 2012			Día: 14	Mes: 12	Año: 2012			
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	17	Mes:	01	Año: 2011	Día:	15	Mes:	12	Año:	2011
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	19	Mes:	01	Año: 2010	Día:	31	Mes:	12	Año:	2010
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	15	Mes:	01	Año: 2009	Día:	31	Mes:	12	Año:	2009
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	08	Mes:	02	Año: 2008	Día:	31	Mes:	12	Año:	2008
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	MUNICIPIO ITAGÜÍ					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	21	Mes:	03	Año: 2007	Día:	31	Mes:	12	Año:	2007
AREA DE CONOCIMIENTO ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN					

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	11	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	13	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	15	4

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 06 Febrero 2024



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.

Medellín 19 de marzo 2024



Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-01-06 09:06

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	JOSEFINA	BRAND	TOBON

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	43200080

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto 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

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VIVIENDA	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	$350.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14883856099

(415)7707212489984(8020) 000001488385609 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 2 0 0 0 8 0	4	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	4 3 2 0 0 0 8 0	1 9 9 8 0 4 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BRAND	TOBON	PAULA	JOSEFINA

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 81 A CL 49 A 64

42. Correo electrónico: pjbrand@misena.edu.co

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

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 2	2 0 0 7 0 2 0 2	7 4 9 0	2 0 0 7 0 1 0 1				2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2022 - 12 - 19 / 13 : 23: 35

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 BRAND TOBON PAULA JOSEFINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) PAULA JOSEFINA BRAND TOBON identificado(a) con CC 43200080 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UNION TEMPORAL VIVA MEDELLIN - SEDE ESTADIO.**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes 3 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAULA JOSEFINA BRAND TOBON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43200080,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2010** 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 04 de marzo de 2024.



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

Medellín febrero 28 de 2024

Doctora
María Elicenia Quintero Cardona
Subdirectora (e)
Centro para el Desarrollo del Hábitat y la Construcción
Ciudad:

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimada Doctora:

El suscrito Paula josefina Brand Tobón con C.C. No. 43200080 expedida el 01/04/1998, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.



Paula Josefina Brand Tobón
Nombre Completo
C.C. 43200080 de Medellín
Teléfono: 3155152652

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 16:00:59 horas del 04/03/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **43200080,**
Apellidos y Nombres **BRAND TOBON PAULA JOSEFINA**

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 43200080 **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 05/03/2024 02:03 PM

Código Verificación: **TMNSLGZR89**

Válida hasta: **03/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

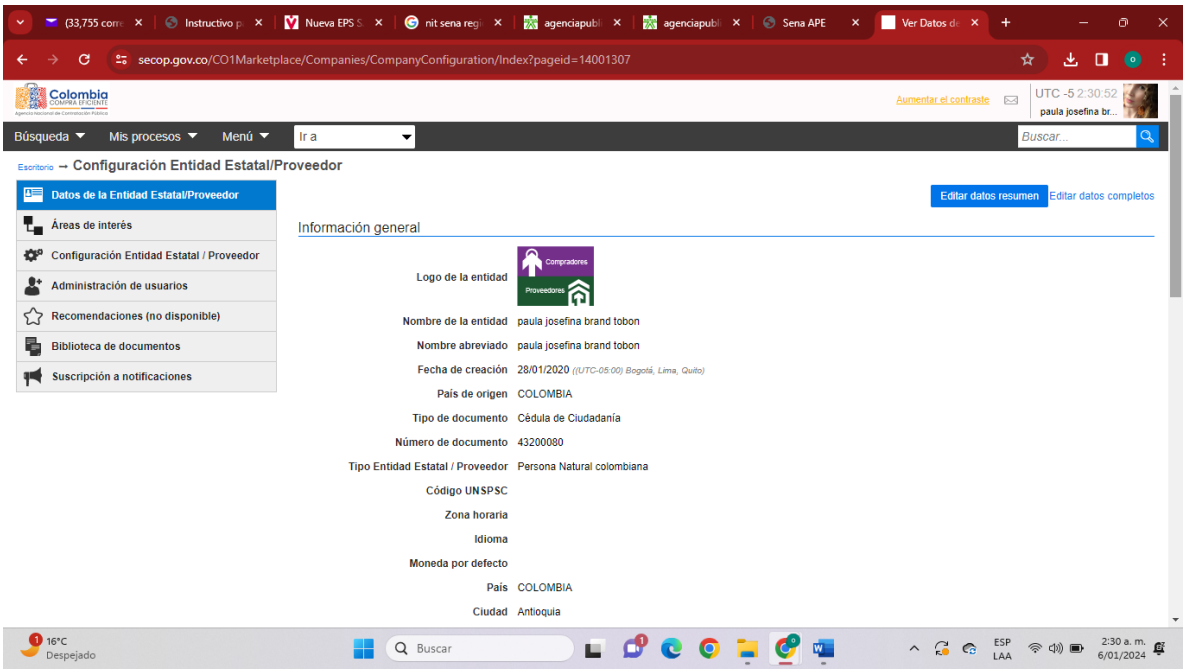
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 la señora PAULA JOSEFINA BRAND TOBON identificada con Cédula de Ciudadanía 43200080, se inscribió en nuestro servicio el día 04/03/2007.

El presente certificado se genera el día 04/03/2024, por solicitud del interesado.

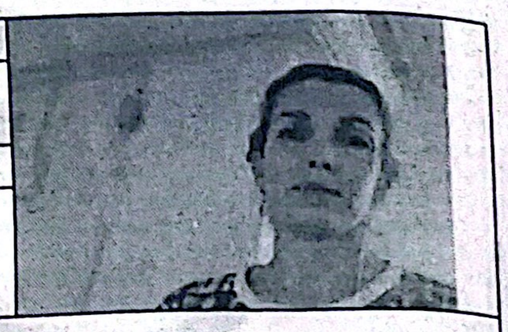
Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.


secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=14001307
Aumentar el contraste
UTC -5 2:30:52
paula josefina br...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Editar datos resumen
Editar datos completos
Información general
Logo de la entidad
Compradores
Proveedores
Nombre de la entidad paula josefina brand tobon
Nombre abreviado paula josefina brand tobon
Fecha de creación 28/01/2020 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen COLOMBIA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 43200080
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
País COLOMBIA
Ciudad Antioquia
16°C
Despejado
Buscar
ESP
LAA
2:30 a. m.
6/01/2024

Omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
899999034	CALLE 104 # 69-120	5760000	Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Edad	Género
BRAND TOBON PAULA JOSEFINA	CC 43200080	41 AÑOS	FEMENINO
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**		**Estado Civil**
Medellin	Medellin		SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**		**Celular**
3155152652	CRA 81 A # 49 A 64 PISO 2		3155152652
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**		**Hemoclasificación**
pajobra@yahoo.com	PROFESIONAL		O+
IMC	**Hijos**	**EPS**	
18.78	0	NUEVA PROMOTORA DE SALUD - NUEVA EPS	

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Salida
INSTRUCTOR	2022-01-15	09:50	11:31

Lugar de realización examen	Medellin

EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

DE PREINGRESO OCUPACIONAL - OSTEOMUSCULAR

Concepto	MOTIVO
CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO	RESPIRATORIO, COLUMNA VERTEBRAL

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (HEMOGRAMA) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (PERFIL LIPIDICO) SE REALIZA
- **EXAMENES DE LABORATORIO:** (GLICEMIA) SE REALIZA
- **OPTOMETRÍA OCUPACIONAL:** SE REALIZA
- **EXAMEN FISICO:** SE REALIZA
- **ANAMNESIS DE HC :** SE REALIZA
- **CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR:** SE REALIZA

Fecha y hora de impresión: 2022-01-15 11:31:18

Powered by CamScanner

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS

VALORACIÓN COMPLEMENTARIA (OPTOMETRIA Y/O VISIOMETRIA)

Se Sugiere Control Anual De Optometría De Forma Rutinaria/

- MEDICAS PERSONALES

Se Debe Ingresar Al Programa Nivel Ergonómico Y Osteomuscular , Controles Preventivos Con Medico De Su Eps Por Hallazgos Encontrados A Nivel De La Columna Vertebral, Habitos De Buena Postura Y Manejos De Carga./

Se Informa Asistir O Continuar En Controles Preventivos Por El Medico De Su Eps, Por Su Alergia Respiratoria, Utilizar Inhaladores Cuando Presentes Las Crisis Y Seguir Indicaciones De Su Ultimo Control./

CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)

Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/

Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./

Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo. También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /

CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)

Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , Si Va Manejar Cargas Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados Por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor./

X- OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL

Énfasis Respiratorio:. Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./

Enfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación Se Evidencian Hallazgos En Columna Vertebral, Pero Si Va Estar Expuesto A Factores De Riesgo Como Vibraciones Segmentarias, Movimiento Repetitivos Intensos Y Prolongados O Movilización De Cargas, Posiblemente Pueda Generar A Futuro Sintomas Que Puedan Afectar El Desempeño Laboral, Por Lo Que Se Recomienda Controles Con Medico De Su Eps, Hábitos De Buena Postura Con Enfoque Ergonómico./

XX- OBSERVACIONES DEL AREA DE VACUNACION

Durante Su Evaluación Médica Ocupacional Se Realizo Revision De Los Antecedentes De Vacunacion, En El Momento Cuenta Con Esquema De Vacunación Completo Para Prevención De Infección Por Sars Cov-2; Debe Seguir Tomando Las Medidas Preventivas; Cumpliendo Con Las Medidas Generales De Bioseguridad./

Powered by CamScanner

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR	**- TIPO : 2**
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS:	OSTEOMUSCULAR, CARDIOVASCULAR, RESPIRATORIO
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO:	ERGONOMICO , RESPIRATORIO
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS:	MEDICINA GENERAL
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL:	NO

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) examenes(es) estan completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10 y Resolución 1111 del 2017 al ítem 3.1.4),y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones,sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.

JUAN FERNANDO ZULETA ZAPATA
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC. 71267904
RM. 50313-09
LIC. S.O. 227247-14

ZULETA ZAPATA JUAN FERNANDO
71267904
R.M.: 5-0313-09

PAULA BRAVO T
1032400880

FIRMA DEL TRABAJADOR

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

Powered by CamScanner

Omnisalud
Para toda la vida

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA FEXO 47937	
FECHA Y HORA DE GENERACION:	2022-01-15 09:50:56
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	2022-01-15 10:00:49
FECHA DE VENCIMIENTO:	2022-01-15

CUFE: 66b84e3f699b43bf45396d5863566430ed7b0cd3385902c4d37a00c6a24118f26358b2862f89a2fd17650a2200c9bf3c

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.

NIT: 811037385-2

Dirección: CR 49 N 49 24 2DO PISO, MEDELLIN, Antioquia

Teléfono: 4481044

Correo Electrónico: facturacion2@omnisalud.co

NIT. / C.C.: 899999034-1

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Plan:

Dirección: CALLE 104 # 69-120

Teléfono: 5760000

Ciudad: MEDELLIN

ombre Paciente: BRAND TOBON PAULA JOSEFINA

Documento Paciente: CC 43200080

CÓDIGO	CONCEPTO	PRECIO	DESCUENTO	CANTIDAD	% IVA	TOTAL
0207	1- EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL	$ 19,950.00	$ 0.00	1	0.00	$ 19,950.00
1217	2- PERFIL LIPIDICO	$ 25,100.00	$ 0.00	1	0.00	$ 25,100.00
2207	3- HEMOGRAMA	$ 18,200.00	$ 0.00	1	0.00	$ 18,200.00
3841	4- GLICEMIA	$ 7,400.00	$ 0.00	1	0.00	$ 7,400.00
30105	5- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	$ 26,500.00	$ 0.00	1	0.00	$ 26,500.00

OBSERVACIONES

TOTAL POR CONCEPTOS:	$ 97,150.00
PAGO MODERADOR, COPAGO:	$ 0.00
MENOS DESCUENTOS:	$ 0.00
IVA:	$ 0.00
VALOR FACTURA:	**$ 97,150.00**
RETENCIÓN EN LA FUENTE:	$ 0.00
RETENCIÓN IVA:	$ 0.00
RETENCIÓN ICA:	$ 0.00
TOTAL DE ITEMS:	5

SON: NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE.

FORMA DE PAGO: CONTADO **MEDIO DE PAGO:** Tarjeta Débito

ORDEN DE COMPRA:

MEDELIN-LAURELES MEDICINA DIRECCIÓN: Calle 33 No.74 E 56 TELÉFONO: Medicina 4481044 - Odontología 2503921 Medellin

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGÚN ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

IVA RÉGIMEN COMÚN, ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8622

NO CONTIRBUYENTE DE ICA LEY 14 DE 1983 ART. 39, NUM 2, LIT d

SOMOS RESPONSABLES DE IVA

CONSIGNAR A LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA # 00913031818. ENVIAR SOPORTE AL CORREO cartera@omnisalud.co

RESOLUCIÓN DIAN No. 18763005253652 DEL 2020-03-25, AUTORIZA FACTURA ELECTRÓNICA CON VALIDACIÓN PREVIA DESDE FEXO 20001 AL FEXO 100000 VIGENCIA 24 MESES

Emisor:
RIVERA SALAZAR KAROL NATACHA

Firma:

Datos de quien recibe a conformidad

Firma: .....

Nombre: .....

No. documento de identidad: .....

Fecha de recibido (dd/mm/yyyy):.....

Powered by CamScanner

Omnisalud
Para toda la vida

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FEXO 47937

FECHA Y HORA DE GENERACION:	2022-01-15 09:50:5
FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:	2022-01-15 10:00:4
FECHA DE VENCIMIENTO:	2022-01-1

CUFE: 66b84e3f699b43bf45396d5863566430ed7b0cd3385902c4d37a00c6a24118f26358b2862f89a2fd17650a2200c9bf3c

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.

NIT: 811037385-2

Dirección: CR 49 N 49 24 2DO PISO, MEDELLIN, Antioquia

Teléfono: 4481044

Correo Electrónico: facturacion2@omnisalud.co

NIT. / C.C.: 899999034-1

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Plan:

Dirección: CALLE 104 # 69-120

Teléfono: 5760000

Ciudad: MEDELLIN

Nombre Paciente: BRAND TOBON PAULA JOSEFINA

Documento Paciente: CC 43200080

CÓDIGO	CONCEPTO	PRECIO	DESCUENTO	CANTIDAD	% IVA	TOTAL
90207	1- EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL	$ 19,950.00	$ 0.00	1	0.00	$ 19,95
01217	2- PERFIL LIPIDICO	$ 25,100.00	$ 0.00	1	0.00	$ 25,10
02207	3- HEMOGRAMA	$ 18,200.00	$ 0.00	1	0.00	$ 18,20
03841	4- GLICEMIA	$ 7,400.00	$ 0.00	1	0.00	$ 7,40
930105	5- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	$ 26,500.00	$ 0.00	1	0.00	$ 26,50

OBSERVACIONES

TOTAL POR CONCEPTOS:	$ 97,15
PAGO MODERADOR, COPAGO:	$
MENOS DESCUENTOS:	$
IVA:	$
VALOR FACTURA:	$ 97,15
RETENCIÓN EN LA FUENTE:	$
RETENCIÓN IVA:	$
RETENCIÓN ICA:	$
TOTAL DE ITEMS:	5

SON: NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE.

FORMA DE PAGO: CONTADO

MEDIO DE PAGO: Tarjeta Débito

ORDEN DE COMPRA:

MEDELIN-LAURELES MEDICINA DIRECCIÓN: Calle 33 No.74 E 56 TELÉFONO: Medicina 4481044 - Odontología 2503921 Medellin

ESTA FACTURA DE VENTA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO, SEGÚN ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

IVA RÉGIMEN COMÚN, ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8622

NO CONTIRBUYENTE DE ICA LEY 14 DE 1983 ART. 39, NUM 2, LIT d

SOMOS RESPONSABLES DE IVA

CONSIGNAR A LA CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA # 00913031818. ENVIAR SOPORTE AL CORREO cartera@omnisalud.co

RESOLUCIÓN DIAN No. 18763005253652 DEL 2020-03-25, AUTORIZA FACTURA ELECTRÓNICA CON VALIDACIÓN PREVIA DESDE FEXO 20001 AL FEXO 100000 VIGENCIA 24 MESES

Emisor:
RIVERA SALAZAR KAROL NATACHA

Firma:

Datos de quien recibe a conformidad

Firma: .....

Nombre: .....

No. documento de identidad: .....

Fecha de recibido (dd/mm/yyyy):.....

Powered by CamScanner

omnisalud
Para toda la vida

SEDE: MEDELIN-LAURELES MEDICINA
PACIENTE: BRAND TOBON PAULA JOSEFINA
EDAD: 41 AÑOS **SEXO:** F **IDENTIFICACION:** CC 43200080
TELEFONOS: 3155152652
EMPRESA: PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO

ORDEN No.: 1314362
FECHA : 2022-01-15 10:42 AM
REMITENTE:

Análisis	Resultado	Valores de Referencia
HEMATOLOGÍA		
HEMOGRAMA		
SERIE ERITROCITARIA		
RDW-CV	12.6 %	10---15
RDW-SD	36.3 fL	35---56
MCV	95.5 fL	80.0---99.0
MCH	26.0 pg	26.5---33.5
HGB	12.3 g/dL	11.0---16.5
MCHC	27.3 g/dL	32.0---36.0
RBC	4.72 X 10^6/uL	3.8--5.8
HCT	45.0 %	30.0---50.0
SERIE LEUCOCITARIA		
WBC	7.8 X 10^3/uL	4.0---10.0
GRA%	58.8 %	40.0---70.00
MID%	2.1 %	1.0---15.0
LYM%	39.1 %	20.0---50.0
GRA#	4.6 X 10^3/uL	2.0---7.8
MID#	0.2 X 10^3/uL	0.1---1.8
LYM#	3.0 X 10^3/uL	0.6---4.1
SERIE PLAQUETARIA		
PLT	317 X 10^3/uL	100---400
MPV	8.9 fL	7.0---11.0
PCT	0.282 %	0.1---0.5
PDW	14.6 %	10.0---18.0

Nota: NA

Bacteriólogo
TONCEL GUTIERREZ ARIANITH SUGEL

Xoma

Powered by CamScanner

omnisalud
Para toda la vida

SEDE: MEDELIN-LAURELES MEDICINA
PACIENTE: BRAND TOBON PAULA JOSEFINA
EDAD: 41 AÑOS **SEXO:** F **IDENTIFICACION:** CC 43200080
TELEFONOS: 3155152652
EMPRESA: PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO

ORDEN No.: 1314362
FECHA : 2022-01-15 10:40 AM
REMITENTE:

Análisis	Resultado	Valores de Referencia
QUÍMICA CLÍNICA		
GLICEMIA		
ANÁLISIS		
GLUCOSA EN SUERO	74 mg/dl	70-110mg/dL
Nota: NA		
PERFIL LIPIDICO		
NIVELES DE LOS LÍPIDOS EN SANGRE		
LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	69.0 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Bajo: menor a 40 Normal: 41-59 Deseable: Mayor o igual a 60
LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL	109 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Optimo: menor a 100 Cercano a lo optimo: 100-129 Límite superior :130-159 Alto: 160-189 Muy alto : Mayor o igual 190
COLESTEROL TOTAL	202 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III. Deseable <200 Límite superior 200-239 Alto >240
TRIGLICÉRIDOS	118 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Normal: menor 150 Límite alto:150-199 Alto:200-499 Muy alto: mayor 500
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	23.6 mg/dl	Normal: 12-40
ASPECTO DEL SUERO	TRANSPARENTE	
ÍNDICE ARTERIAL	2.96	1.0—5.0

Bacteriólogo
TONCEL GUTIERREZ ARIANITH SUGEL

Xoma
Powered by CamScanner

omnisalud
Para toda la vida

SEDE: MEDELIN-LAURELES MEDICINA
PACIENTE: BRAND TOBON PAULA JOSEFINA
EDAD: 41 AÑOS **SEXO:** F **IDENTIFICACION:** CC 43200080
TELEFONOS: 3155152652
EMPRESA: PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO

ORDEN No.: 1314362
FECHA : 2022-01-15 10:40 AM
REMITENTE:

Análisis	Resultado	Valores de Referencia
QUÍMICA CLÍNICA		
GLICEMIA		
ANÁLISIS		
GLUCOSA EN SUERO	74 mg/dl	70-110mg/dL
Nota: NA		
PERFIL LIPIDICO		
NIVELES DE LOS LÍPIDOS EN SANGRE		
LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	69.0 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Bajo: menor a 40 Normal: 41-59 Deseable: Mayor o igual a 60
LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL	109 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Optimo: menor a 100 Cercano a lo optimo: 100-129 Límte superior :130-159 Alto: 160-189 Muy alto : Mayor o igual 190
COLESTEROL TOTAL	202 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III. Deseable <200 Límite superior 200-239 Alto >240
TRIGLICÉRIDOS	118 mg/dl	Valores de referencia tomados de ATP III Normal: menor 150 Límite alto:150-199 Alto:200-499 Muy alto: mayor 500
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	23.6 mg/dl	Normal: 12-40
ASPECTO DEL SUERO	TRANSPARENTE	
ÍNDICE ARTERIAL	2.96	1.0---5.0

Bacteriólogo
TONCEL GUTIERREZ ARIANITH SUGEL

Xoma

Powered by CamScanner

ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2
DIRECCIÓN: CR 49 N 49 24 2DO PISO
TELÉFONO: 4481044



Nombre Paciente:	BRAND TOBON PAULA JOSEFINA	**Lugar Residencia:**	Medellín (Urbano)
No. Documento:	CC 43200080	**Telefono:**	3155152652
Fecha de Nacimiento:	01/20/1980	**Telefono Celular:**	3155152652
Edad:	41 AÑOS	**Correo Electronico:**	pajobra@yahoo.com
Fecha:	2022-01-15 09:50	**Estado Civil:**	SOLTERO (A)
Lugar de Nacimiento:	Medellin	**Ocupación:**	OTRO
Direccion Residencia	CRA 81 A # 49 A 64 PISO 2	**Cliente Aseguradora Cargo Salud:**	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Genero:	Femenino	**Plan:**	PLAN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE PLAN GENERICO
Grado Institución:	PROFESIONAL	**Pension**	COLPENSIONES
Grupo Etnico	BLANCO	**Riesgos Laborales:**	
Tipo Sangre:	O+	**Empresa en Mision:**	
Cargo:	INSTRUCTOR	**Programa:**	
Tipo de Admision	DE PREINGRESO OCUPACIONAL -		
Lugar de realización	*Medellin*	**EPS:**	Nueva EPS, Nueva EPS

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

1. ANAMNESIS

USA CORRECCION OPTICA: NO ; **CUAL:** NINGUNO, ; **TIPO USO:** NINGUNO, ; **ÚLTIMO CONTROL VISUAL:** 3 AÑOS

CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA: NO ; **ACCIDENTES OCULARES:** NO ; **ENFERMEDADES OCULARES:** NO ; **EN TRATAMIENTO:** NO

PRUEBA CON CORRECCIÓN ÓPTICA: NO

2. LENSOMETRÍA

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

3. AGUDEZA VISUAL

OJO DERECHO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

OJO IZQUIERDO

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

AMBOS OJOS

SIN CORRECCION (LEJOS): 20/20, ; **SIN CORRECCION (CERCA):** 20/20,

4. EXAMEN EXTERNO

EXAMEN EXTERNO: NORMAL,

5. EXAMEN MOTOR

COVER TEST

LEJOS: ORTHO ; **CERCA:** X

DUCCIONES

OJO DERECHO: NORMAL ; **OJO IZQUIERDO:** NORMAL

VERSIONES: *NORMAL*

TEST DE HIRSCHBERG

TEST DE HIRSCHBERG: *CENTRADO,* ; ***NASAL TEMPORAL:*** *NO APLICA,*

6. ESTADO REFRACTIVO

RETINOSCOPIA: *ESTATICA,*

DERECHO

IZQUIERDO

(SUBJETIVO) DERECHO

ESFERA: NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA:** 20/20

(SUBJETIVO) IZQUIERDO

ESFERA: NEUTRO ; **AV LEJOS:** 20/20 ; **AV CERCA 2:** 20/20

7. OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

8. ESTEREOPSIS

SEGUNDOS DE ARCO: 40,

Powered by CamScanner

9. VISIÓN CROMÁTICA
TEST ISHIHARA: NORMAL. ; LAMINAS EVALUADAS: 15. ; CORRECTAS: 15. ; INCORRECTAS: 0. ; >>ITEM PARA TRABAJO EN ALTURAS IDENTIFICA COLORES PRIMARIOS: ES OTRO CARGO.
DIAGNÓSTICO
OPTOMETRIA_DIAGNOSTICO: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION (Z010) 2022-01-15 TIPO DIAGNOSTICO: CONFIRMADO CLASIFICACION DIAGNOSTICO: PRINCIPAL
CONDUCTA A SEGUIR
CORRECCION OPTICA: NO.
REMISION
RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria

Hayellys Yanes Escobar

1140 881110

YANES ESCOBAR HAYELLYS
CC 1140881110

PAOLA BERNOT
43200080

FIRMA DEL TRABAJADOR

Powered by CamScanner