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
HERNANDEZ	ALZATE	GELMUTH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 71191251	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 780720212446 D.M. 28

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 02 MES 07 AÑO 1978

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO PUERTO BERRÍO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 16B 51 29 BARRIO SOL NACIENTE Puerto Berrio

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO PUERTO BERRÍO

TELÉFONO 8332990 EMAIL HELMECUN@HOTMAIL.ES

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	1995
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	7	X		TECNOLOGIA EN CONSTRUCCIONES CIVILES	06	2003	05535009616ANT

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 SAINGE SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6017722016	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	04	*Año*	2023	*Día*	13	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUPERVISOR DE MANTENIMEINTO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 94A 11A 66 oficina 202						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSTRUCTORA POLIOBRAS S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 576105314	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2018	*Día*	05	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTRUCCION					*DIRECCIÓN* TRASVERSAL 19A No 98-18 OFC 801-802						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LAVALIN S.A			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6213096	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	08	*Año*	2009	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 11N 94A 23						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD JORGE NELSON PUERTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	06	*Año*	2008	*Día*	20	*Mes*	01	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SIN DEFINIR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2004	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* A TERMINO FIJO					*DIRECCIÓN* AVENIDA null null null Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA CENTRO MINERO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: EL BAGRE				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8370340	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2022	Día:	03	Mes:	12	Año: 2022
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: Dirección Calle 51 57 - 70, Ciudad El Bagre				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA CENTRO MINERO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: EL BAGRE				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8370340	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	12	Mes:	03	Año:	2021	Día:	17	Mes:	12	Año: 2021
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: carrera 41 # 32-197				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA CENTRO MINERO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: EL BAGRE				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8370340	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	07	Mes:	02	Año:	2020	Día:	15	Mes:	12	Año: 2020
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: carrera 41 #32-197				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA CENTRO MINERO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: EL BAGRE				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8370340	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	06	Mes:	02	Año:	2017	Día:	05	Mes:	09	Año: 2017
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: carrera 41 #32-197				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA CENTRO MINERO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: EL BAGRE				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8370340	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	13	Mes:	06	Año:	2016	Día:	16	Mes:	12	Año: 2016
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: carrera 41 #32-197				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 21	Mes: 01	Año: 2015			Día: 12	Mes: 12	Año: 2015			
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLOCO	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 20	Mes: 01	Año: 2014			Día: 12	Mes: 12	Año: 2014			
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 18	Mes: 01	Año: 2013			Día: 16	Mes: 12	Año: 2013			
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 12	Mes: 07	Año: 2012			Día: 15	Mes: 12	Año: 2012			
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 01	Mes: 02	Año: 2012			Día: 30	Mes: 06	Año: 2012			
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	12	Mes:	07	Año:	2011	Día:	11	Mes:	12	Año: 2011
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	25	Mes:	01	Año:	2011	Día:	30	Mes:	06	Año: 2011
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	23	Mes:	07	Año:	2010	Día:	07	Mes:	12	Año: 2010
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COMPLEJO TECNOLÓGICO SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8332862	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	02	Mes:	02	Año:	2010	Día:	30	Mes:	06	Año: 2010
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN: CALLE 50 - BARRIO LA MALENA						

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	7	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	6

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

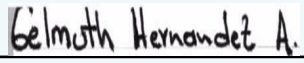
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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 Puerto Berrio 15-abril-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 16 DE ABRIL DEL 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	INGRESO	Fecha de publicación	2024-04-09 10:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
GELMUTH		HERNANDEZ	ALZATE

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	71191251

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

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	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	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	$40.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$1.600.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$41.600.000,00

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	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	ANTIOQUIA	PUERTO BERRÍO	$100.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO HIPOTECARIO	$34.000.000,00

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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAOLA	ANDREA	ROMERO	ECHEVERRI

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 43654783

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:





Escaneado con CamScanner

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141015634758

(415)7707212489984(8020) 000014101563475 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 1 9 1 2 5 1	9	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	7 1 1 9 1 2 5 1	1 9 9 7 0 9 1 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Puerto Berrío 5 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	ALZATE	GELMUTH	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Puerto Berrío 5 7 9

41. Dirección principal: CR 16 B 52 27 BRR SOLNACIENTE

42. Correo electrónico: helmecun@hotmail.es

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 1 0 0 1 2 9	8 5 5 1	2 0 1 0 0 1 2 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	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 - 04 - 15 / 10 : 18: 20

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 HERNANDEZ ALZATE GELMUTH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **Gelmuth Hernandez Alzate** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **71191251,** está registrado(a) en el PBS DE EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71191251
NOMBRES Y APELLIDOS	Gelmuth Hernandez Alzate
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Compañero (A) Permanente
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	30
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	30
EMPLEADOR(ES)	3 Independiente Desde 12/04/2024 - Vigente

Generado por ruthpilo 12/04/2024

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

GELMUTH HERNANDEZ ALZATE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **71.191.251**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Abril del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín abril 01 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 Gelmuth Hernández Álzate con C.C. No. 71191251 expedida el Puerto Berrio Antioquia, 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.

GELMUTH HERNÁNDEZ ÁLZATE
C.C. 71191251
Teléfono: 3216397868

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 15:02:01 horas del 08/04/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **71191251,** Apellidos y Nombres **HERNANDEZ ALZATE GELMUTH**

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 71191251 **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 10/04/2024 08:53 AM

Código Verificación: **NE3VDJWQZ2**

Válida hasta: **09/07/2024**

Dirección de Gobierno Digital

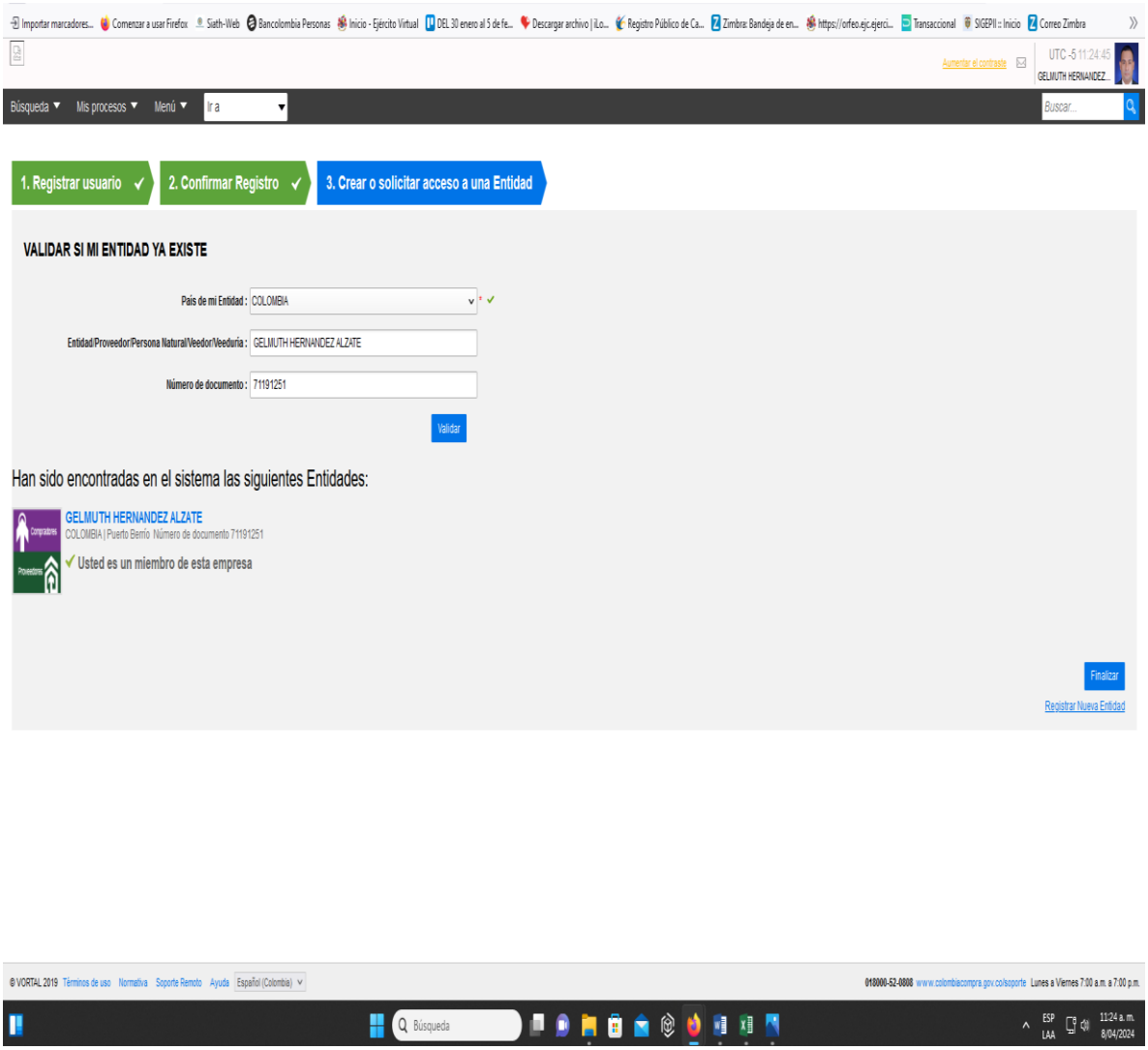
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 GELMUTH HERNANDEZ ALZATE identificado con Cédula de Ciudadanía 71191251, se inscribió en nuestro servicio el día 18/01/2010.

El presente certificado se genera el día 08/04/2024, por solicitud del interesado.

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



© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.593

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	02 MES	2023 AÑO	LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ALZATE HERNANDEZ GELMUTH	MASCULINO	45	CC (Tipo)	71191251 (Número)

Cargo
INSTRUCTOR AREA CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCION CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *DEMAS EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS DENTRO DEL RANGO NORMAL*

APTO	ENFASIS CARDIOVASCULAR
APTO	ENFASIS MUSCULOESQUELETICO
APTO	ENFASIS NEUROLOGICO
APTO	ENFASIS PSICOSOCIAL
APTO	ENFASIS RESPIRATORIO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

VALORACION MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR INGRESO	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN DE LA VOZ	✓
OPTOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO : ADECUADA PARA LA OCUPACION	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : ADECUADA PARA LA OCUPACION	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : SOLICITE EN SU ENTIDAD DE SALUD EVALUACIÓN Y PLAN DE MANEJO DE SU ALTERACIÓN METABÓLICA DE LOS LÍPIDOS POR MÉDICO Y DIETÉTICA Y NUTRICIÓN.		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LA PRESENTE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE SE REALIZA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19 , SE LLEVA A CABO DE FORMA INTEGRAL, TENIENDO EN CUENTA UNA ENCUESTA DE SÍNTOMAS, PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS, VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS O CONDICIONES QUE LO ENMARQUEN EN UNA POBLACIÓN DE MANEJO ESPECIAL O DE MAYOR RIESGO DE COMPLICACIÓN EN CASO DE SUFRIR LA INFECCIÓN Y VERIFICACIÓN DE ESTADO DE LA VACUNACIÓN CONTRA COVID 19. CUALQUIER HALLAZGO SIGNIFICATIVO ENCONTRADO SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO E IMPLICACIONES OCUPACIONALES. ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE A FUTURO EL TRABAJADOR NO PADEZCA LA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA AL RESPECTO, SERÁ PERTINENTE QUE SE LE HAGA UNA NUEVA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD. POR TODO LO ANTERIOR SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS GENERALES Y ESPECÍFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD DE CADA EMPRESA Y EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIOS DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

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: PULIDO MONCADA JEISSON ALEXANDER

R. M.: 270946 **L.S.O.:** 12289

Código de Seguridad
B1124H1N4593

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ALZATE HERNANDEZ GELMUTH

CC: 71191251

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 3004**

Fecha: 17/02/2023 **Ciudad:** LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR **Eps:** NUEVA EPS
CC: 71191251 **Nombre:** ALZATE HERNANDEZ GELMUTH **Edad:** 45 **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 02/07/1978 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NIEGA	NIEGA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

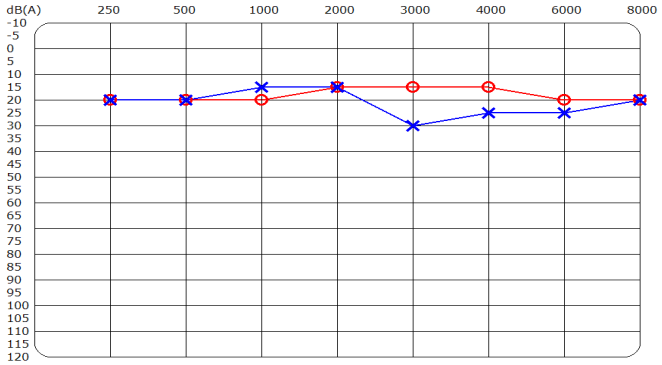
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 10 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: RESONANCER07A **F. Ultima Calibración:** 2021-08-30

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	20	20	20	15	15	15	20	20
VAOI	20	20	15	15	30	25	25	20

PTA Oido derecho: 17.50 **PTA Oido izquierdo:** 20.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	VIAS AEREAS SE ENCUENTRAN CONSERVADAS

Observaciones

SU NIVEL AUDITIVO ES ADECUADO PARA LA OCUPACIÓN

FONOAUDIÓLOGO

NUBIA MARIA NOVOA RAMIREZ
FONOAUDIOLOGA
R.P 30385010

Firma:
Nombre: NOVOA RAMIREZ NUBIA MARIA
R. M.: 3678 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
E1124K2Q3004

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: ALZATE HERNANDEZ GELMUTH
CC 71191251

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co

Código de Seguridad
L1124R33X4709



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 4709

Municipio: LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** viernes, 17 de febrero de 2023 07:08:36 a.m.

Nombres y Apellidos: ALZATE HERNANDEZ GELMUTH **CC:** 71191251 **Género:** MASCULINO

F. Nacimiento: 02/07/1978 **Edad:** 45 **Entidad:** PARTICULAR

RESULTADOS DEL LABORATORIO

QUÍMICA

GLICEMIA

GLICEMIA PREPRANDIAL	109	70-105 mg/dl

Sandra Milena Cortes Riaños
Bacteriólogo(a) RP: 10429

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	303	hasta 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	292	hasta 170 mg/dl
COLESTEROL HDL	43	mayor de 35
COLESTEROL LDL	202	hasta 150

OBSERVACIONES

Sandra Milena Cortes Riaños
Bacteriólogo(a) RP: 10429

IPS FISIO HEALTH
Su Salud en nuestras manos

FISIO HEALTH S.A.S
NIT. 900790887-9
Calle 12 # 2-66-68, Barrio Centro, La Dorada - Caldas
Cel. 3162300856 - E-mail. fisiohealth.ips@gmail.com
www.fisiohealth.com.co



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 2,754

Fecha: 17/02/2023 **Municipio:** LA DORADA (CALDAS, COLOMBIA) **CC:** 71191251 **Nombre:** ALZATE HERNANDEZ GELMUTH **Edad:** 45
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN OSTE **F. Último Examen:** DESCONOCE
Lugar del Último Examen: DESCONOCE **Motivo Consulta:** DESCONOCE

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.5M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

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

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = 46.00/47.75*175**
OJO DERECHO: **K´ = 45.25/46.25*163**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **N** AV VL 20/
OJO IZQUIERDO: **N** AV VL 20/

RX FINAL

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

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

CAMPIMETRIA CONSERVADA,SU VISION ES ADECUADA, SIN LIMITACION BILATERAL
TEST DE COLORES ISHIHARA REALIZADO NORMAL

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: MELO RODRIGUEZ JANET OLIVIA

R. M.: 122068#0219 **L.S.O.:** 0219

Código de Seguridad

M1124S3Y2754

PACIENTE



Firma:

Nombre: ALZATE HERNANDEZ GELMUTH

CC: 71191251

Resultados de la prueba de Función Pulmonar

IPS FISIOHEALT

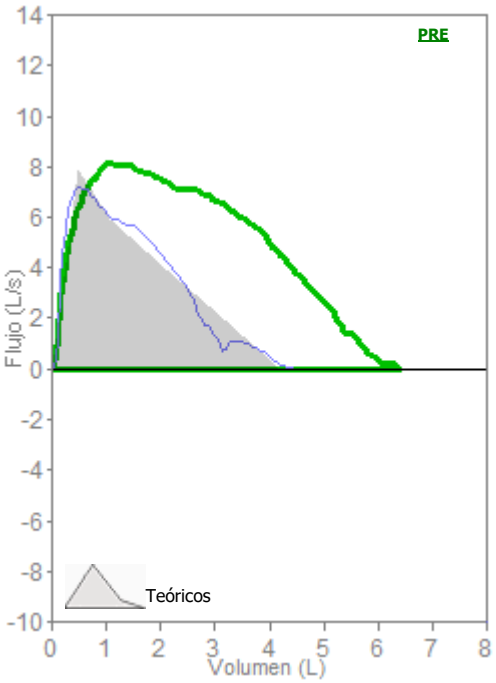
Examenes Medicos Ocupacionales

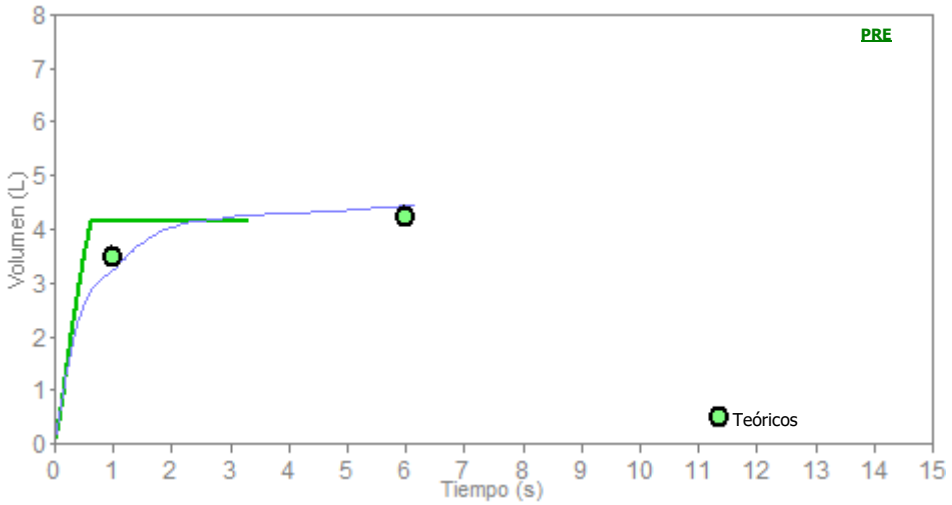
Calle 12 N° 2-66 Centro La Dorada Caldas

Fecha de visita 17/02/2023

Cód. paciente	71191251	Edad	
Apellido	ALZATE HERNANDEZ	Género	Masculino
Nom.	GELMUTH	Altura, cm	
Fecha de nacimien		Peso:, kg	79
Grupo étnico		BMI	30,48
Fuma	No fumador	Paquete-año	
Grupo pacientes			

FVC PRE FEV1 PRE FEV1% PRE





Grado de control de calidad: D Variabilidad: FEV1=0,29L (8,92%), FVC=0,27L (6,46

2 Acceptable trials

Interpretación

Espirometría normal

Fecha prueba PRE 17/02/2023 7:34:19 a. m.

Parámetros		LLN	Teór.	Best	%Teór.	Z-score	PRE #1	PRE #2	PRE #3	POST	%Teór.	%Cam
FVC	L	3,37	4.21	4,45*	106	0.47	4,45	4,18		*		
FEV1	L	2,77	3.49	3,54*	101	0.11	3,25	3,54		*		
FEV1/FVC	%	72,2	83.0	79,6*	96	-0.56	73,0	84,7		*		
PEF	L/s	4,49	7.91	8,20*	104	0.14	7,27	8,20		*		
ELA	años		35	35	100		46	35				
FEF2575	L/s	2,21	3.66	3,98	109	0.31	2,57	3,98				
FET	s		6.00	3,29	55		6,17	3,29				
EVol	mL			90			100	90				

***Mejores valores de todas las curvas - BTPS 1,092 25 °C (77 °F) - Teóricos GLI Caucasian**

Informe médico

Firma

Instrumento usado

Spirobank G-USB S/N 807218

SANDRA PATRICIA RODRIGUEZ GARCIA

Fonoaudiologa

Universidad Catolica de Manizales

Especialista en Gestion de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Registro profesional 1302468 - Registro departamental 2673

Calle 12 # 3-28 consultorio 302 Clínica Andes. La Dorada, Caldas

Celular 3105744083 – Teléfono 8578020 – E-mail. fono.sandra@hotmail.com

TAMIZAJE DE VOZ

FECHA:	17/02/2023 EMPRESA:	SENA	
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALZATE HERNANDEZ GELMUTH	C.C:	71191251
FECHA DE NACIMIENTO:	02 07 1978	EDAD:	45
DIRECCION: CELULAR:	CARRERA 3 # 42-29 FERIAS		3216397868
EPS: ARL:	NUEVA EPS		SURA
TIPO DE EXAMEN	TAMIZAJE DE VOZ		
INTENSIDAD HORARIA:	6 HORAS DIARIAS		
PROFESION/OFICIO:	INSTRUCTOR AREA DE CONSTRUCCION		
TAMIZAJE ANTERIOR:	SI REPORTA		
RESULTADOS:	NORMALES		

ANTECEDENTES FONIATRICOS:

Alteración de la voz:	NO			
Disfonía Total	Disfonía Parcial		Afonía	Causa
Otros:	NINGUNO			
Valoración por ORL:	NO	FECHA:		
Control:				
OBSERVACIONES:				

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Pérdida Auditiva:	SI		NO	X	Hace cuánto tiempo:
Reflujo Gástrico:	SI		NO	X	Control Médico y/o ORL:
Enfermedades Actuales:	NO REPORTA				
Medicamentos:	NINGUNO				
Alergias:	SI		NO	X	Elementos:
Cuidados para su voz:	SI		NO	X	CUALES:
Enfermedades Familiares:	DIABETES				

VALORACION:									
RESPIRACION:									
Modo:	Nasal	X	Oral		Mixto				
OBSERVACIONES									
Tipo:	Costal Superior	X	Diafragmático		Abdominal				
Rendimiento Respiratorio:	Normal	X	Disminuido						
FONACION:									
Coordinación Fono-Respiratoria:	Buena	X	Regular		Mala				
Tensión Extra laríngea:	SI		NO	X					
ATAQUE GLOTICO:	Normal	X	Fuerte		Debil				
TONO:	Normal		Agudo		Grave	X	Medio		
TIMBRE:	Normal	X	Despulido		Disfónico		Nasalizado		
Otros									
INTENSIDAD:	Normal	X	Alta		Baja				
RITMO:	Rápido		Lento		Constante	X			
RESONANCIA:	Normal	X	Disminuida		Hipernasalidad		Hiponasalidad		
DIAGNOSTICO:	VOZ DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES PARA LA EDAD								
	INADECUADO TIPO RESPIRATORIO								
OBSERVACIONES:	LABIOS Y LENGUA DE FORMA Y TAMAÑO ADECUADO. PALADAR Y UVULA NORMAL								
EMITE CORRECTAMENTE TODOS LOS FONEMAS Y SUS COMBINACIONES.									
CONDUCTAS A SEGUIR:									
Remisión a Otorrinolaringología:	NO								
Remisión a Medico General:	NO								
Remisión a Fonoaudiología:	NO								
Ingreso al SVE (Sistema de Vigilancia Epidemiológica)	NO								
RECOMENDACIONES:									
SE DAN PAUTAS PARA EL CUIDADO DE LA VOZ									
SE DAN RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA MEJORAR EL TIPO RESPIRATORIO									
SE RECOMIENDA CONTROL DE TAMIZAJE DE VOZ EN UN AÑO SEGÚN LA NORMA VIGENTE PARA SST									

Sandra Patricia Rodriguez Garcia
FONOAUDIÓLOGA
Univ. Católica de Manizales
Run No. 1302468
Inscripción Deptal. 2673

SANDRA PATRICIA RODRIGUEZ GARCIA
FONOAUDIOLOGA
ESPECIALISTA EN GSST

ALZATE HERNANDEZ GELMUTH
CEDULA 71191251
INSTRUCTOR AREA CONSTRUCCION