



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO

No. 250500642



PIB  
18:16:42  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de julio del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) OMAR RODRIGUEZ SALAZAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11348135:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :  
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamento con el Ciudadano.  
Línea gratuita 018000910315; [quejas@procuraduria.gov.co](mailto:quejas@procuraduria.gov.co)  
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.  
[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 12 de julio de 2024, a las 18:09:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 11348135             |
| Código de Verificación | 11348135240712180911 |

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

  
LUIS ENRIQUE ABADÍA GARCÍA  
Contralor Delegado

Generó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

COR  
Página 1 de 1





Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:20:49 PM horas del 12/07/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 11348135

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ SALAZAR OMAR**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.

[Volver al Inicio](#)



## Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/07/2024 06:24:08 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. 11348135.

#### NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana" Registro interno de validación No. 98065463. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web Institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

515 9nnn





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 20:22:51 horas del 12/07/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **11348135**,  
Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ SALAZAR OMAR**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **gobernacion de cundinamarca**, con NIT **899999114-0** 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.

 Imprimir

C

C

2000



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 11348135 **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 12/07/2024 08:37 PM



Código Verificación: **PV3W5NREBT**  
Válida hasta: 11/10/2024

Dirección de Gobierno Digital  
MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

C

C

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.348.135**  
**RODRIGUEZ SALAZAR**

APELLIDOS  
**OMAR**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1972**  
**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.73** **A+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
**30-JUL-1990 ZIPAQUIRA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1534000-00277508-M-0011348135-20110117 0025547366A 1 35855475





REPUBLICA DE COLOMBIA  
FUERZAS MILITARES  
Tarjeta Reservista Segunda Clase

11348135

PERTENECE AL EJERCITO DE

|              |              |              |
|--------------|--------------|--------------|
| 1A. LINEA    | 2A. LINEA    | 3A. LINEA    |
| 31 - DIC. 02 | 31 - DIC. 12 | 31 - DIC. 22 |

APELLIDOS Y NOMBRES  
RODRIGUEZ SALAZAR  
OMAR

PROFESION  
BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:

- Tomar posesión de los empleos públicos o privados
- Ingresar a la carrera administrativa
- Obtener o refrendar el pase de licencia para conducir vehículos
- Registrar título como profesional y ejercer la profesión
- Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
- Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.



CE MARCELA GOMEZ VERGARA

GDTE DIMINUTOS

DUPLICADO

06 FEB 92

FECHA EXP.

CARVUAL S.A.



THE  
LIBRARY  
OF THE  
UNITED STATES  
DEPARTMENT OF  
THE INTERIOR  
BUREAU OF LAND  
MANAGEMENT  
WASHINGTON, D. C.  
20240

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto02Actualización

4. Número de formulario14991031991

(415)7707212489984(8020) 000001499103199 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)1134813506. DV012. Dirección seccionalImpuestos de Bogotá14. Buzón electrónico32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyentePersona natural o sucesión ilíquida225. Tipo de documentoCédula de Ciudadanía1326. Número de Identificación1134813527. Fecha expedición19900730

28. PaísCOLOMBIA16929. DepartamentoCundinamarca2530. Ciudad/MunicipioZipaquirá899

31. Primer apellidoRODRIGUEZ32. Segundo apellidoSALAZAR33. Primer nombreOMAR34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial37. Sigla

UBICACIÓN

38. PaísCOLOMBIA16939. DepartamentoCundinamarca2540. Ciudad/MunicipioZipaquirá899

41. Dirección principalCR 6 C 12 08 2 P 202

42. Correo electrónicoingomaros@yahoo.es

43. Código postal44. Teléfono 1882589645. Teléfono 23107853036

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal46. Código829947. Fecha inicio actividad20020102Actividad secundaria48. Código711249. Fecha inicio actividad20020102Otras actividades50. Código1277304290

Ocupación51. Código214852. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código5224905- Impto. renta y compl. régimen ordinario22- Obligado a cumplir deberes formales a49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma56. TipoServicio12357. Modo58. 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. AnexosSI NOX60. No. de Folios:061. Fecha2024 - 03 - 13 / 21 : 34: 11

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 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. NombreRODRIGUEZ SALAZAR OMAR985. CargoCONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-03-2024 09:35:00PM





CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

|                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 11348135            |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Rodriguez Salazar,Omar |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/11/2015             |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado             |
| REGIMEN                         | Contributivo           |

La presente se expide a nombre de Rodriguez Salazar,Omar , a los 08 días del mes de agosto del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

  
Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

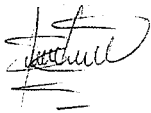


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OMAR RODRIGUEZ SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11348135**, se encuentra afiliado/a desde **07/07/1993** 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 08 de agosto 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.





FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                        |  |                                |                                                                    |                                                                                        |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Rodríguez                                                                                                           |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) |                                                                    | NOMBRES<br>Omar                                                                        |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 11348135 |  |                                | SEXO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                             |  | NÚMERO 11348135                |                                                                    | D.M. 47                                                                                |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                            |  |                                | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA                                       |                                                                                        |                  |
| FECHA<br>DÍA 26 MES 01 AÑO 1972                                                                                                        |  |                                |                                                                    |                                                                                        |                  |
| PAÍS<br>COLOMBIA                                                                                                                       |  |                                | PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca                                   |                                                                                        |                  |
| DEPTO<br>BOGOTÁ. D.C.                                                                                                                  |  |                                | MUNICIPIO Zipaquirá                                                |                                                                                        |                  |
| MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.                                                                                                                 |  |                                | TELÉFONO 3107853036 EMAIL ingomaros@yahoo.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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)  
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|------------------------------------------|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |                                          | MES         | AÑO  |                            |
| POSTGRADO           | 10                      | X        |    | INGENIERIA TOPOGRAFICA                   | 12          | 2001 | 25810097926                |

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

C

C

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

|                                                           |  |  |                                                      |         |     |              |     |                               |     |    |     |
|-----------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------|---------|-----|--------------|-----|-------------------------------|-----|----|-----|
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                |  |  |                                                      |         |     |              |     |                               |     |    |     |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>INGENIERIA DE FLUIDOS SAS            |  |  |                                                      | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA              |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>CUNDINAMARCA                              |  |  | MUNICIPIO<br>ZIPAQUIRÁ                               |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |     |    |     |
| TELÉFONOS<br>3174048049                                   |  |  | FECHA DE INGRESO                                     |         |     |              |     | FECHA DE RETIRO               |     |    |     |
|                                                           |  |  | Día                                                  | 26      | Mes | 04           | Año | 2003                          | Día | 30 | Mes |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>APOYO LEVANTAMIENTO TOPOGRAFIC |  |  | DEPENDENCIA<br>4131.41. OFICINA TECNICA OPERATIVA DE |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CARRERA 15 26 46 |     |    |     |

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

|                          |  |  |                  |         |      |         |      |                    |      |  |      |
|--------------------------|--|--|------------------|---------|------|---------|------|--------------------|------|--|------|
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |                  |         |      |         |      |                    |      |  |      |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  |                  | PÚBLICA |      | PRIVADA |      | PAÍS               |      |  |      |
| DEPARTAMENTO             |  |  | MUNICIPIO        |         |      |         |      | CORREO ELECTRÓNICO |      |  |      |
| TELÉFONOS                |  |  | FECHA DE INGRESO |         |      |         |      | FECHA DE RETIRO    |      |  |      |
|                          |  |  | Día:             |         | Mes: |         | Año: |                    | Día: |  | Mes: |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 0                     | 0     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 21                    | 2     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 21                    | 2     |

C

C

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

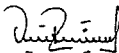
6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ 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



Zipaquirá, 09 de agosto del 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

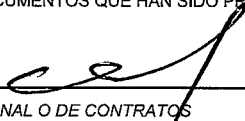
7

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.

09-08-2024

Ciudad y fecha



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

C

C

# HOJA DE VIDA



Calle 12 No. 6 c 10 Zipaquirá. correo [ingomaros@yahoo.es](mailto:ingomaros@yahoo.es). Celular 310 785 3036 S





OMAR RODRIGUEZ SALAZAR  
DIRECCIÃO: CALLE 12 No. 6C -10  
CEL. 310-7853036



DATOS PERSONALES

|                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | : C.C. No. 11.348.135 Zipaquirá |
| LIBRETA MILITAR        | : No. 11348135 D.M. 55          |
| LICENCIA DE CONDUCCIÃO | : No. 384409 Cat 5ª             |
| FECHA DE NACIMIENTO    | : 26 de enero de 1972           |
| LUGAR DE NACIMIENTO    | : Bogotá, Cundinamarca          |

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.



5. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

6. The sixth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

7. The seventh part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

8. The eighth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

9. The ninth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

10. The tenth part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

11. The eleventh part of the document is a list of the names of the persons who have been appointed to the various offices of the government of the State of New York.

# ESTUDIOS REALIZADOS

## PRIMARIA

: ESCUELA ANEXA A LA NORMAL  
Zipaquirá, 1982.

## SECUNDARIA

: INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL  
BACHILLER TÉCNICO  
ELECTRICISTA  
Zipaquirá, 1989.

## UNIVERSITARIOS

: UNIVERSIDAD DISTRITAL  
FRANCISCO JOSE DE CALDAS  
INGENIERIA EN TOPOGRAFÍA  
Bogotá, 2002

: UNIVERSIDAD DISTRITAL  
FRANCISCO JOSE DE CALDAS  
TECNÓLOGO EN TOPOGRAFÍA  
Bogotá, 1995.

## POSTGRADO

: E.S.A.P. ESCUELA SUPERIOR DE  
ADMINISTRACION PUBLICA  
ESPECIALISTA EN GESTION PUBLICA  
Zipaquirá, 2017.

1. The first part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

2. The second part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

3. The third part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

4. The fourth part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

5. The fifth part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

6. The sixth part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".

7. The seventh part of the document is a list of names and titles, including "The Hon. Mr. Justice" and "The Hon. Mr. Justice".



**OTROS**

**: DIPLOMADO DRONES APLICADOS A  
CIENCIAS DE LA TIERRA Y MANEJO DE  
RECURSOS NATURALES CERTIFICADO  
DE OPERADOR DE UAS.**

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO  
JOSE DE CALDAS  
Bogota 2023.

**: PRIMER SEMINARIO INTERNACIONAL  
DE TOPOGRAFIA Y X SEMINARIO DE  
ACTUALIZACION EN INGENIERIA  
TOPOGRAFICA.**

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO  
JOSE DE CALDAS  
Bogota 2006.

**: DIPLOMADO EN GESTION PUBLICA  
PARA EL DESARROLLO REGIONAL.  
ESCUELA SUPERIOR DE  
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESAP.**

Zipaquirá 2005.

**: TALLER PROYECTO DE  
DECENTRALIZACION DE LA  
EJECUCION DE LA POLITICA  
PUBLICA EN MATERIA DE  
DERECHOS HUMANOS Y DERECHO**



1. The first part of the document is a letter from the President of the United States to the Congress, dated January 3, 1862. It is a very important document, as it contains the President's message to Congress for the first time since the beginning of the Civil War.

2. The second part of the document is a report from the Secretary of the War Department, dated January 10, 1862. It contains a detailed account of the military operations of the Army during the year 1861, and a statement of the condition of the Army at the beginning of the year 1862.

3. The third part of the document is a report from the Secretary of the Navy Department, dated January 10, 1862. It contains a detailed account of the naval operations of the Navy during the year 1861, and a statement of the condition of the Navy at the beginning of the year 1862.

4. The fourth part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Interior, dated January 10, 1862. It contains a detailed account of the operations of the Department during the year 1861, and a statement of the condition of the Department at the beginning of the year 1862.

5. The fifth part of the document is a report from the Secretary of the Department of the Treasury, dated January 10, 1862. It contains a detailed account of the operations of the Department during the year 1861, and a statement of the condition of the Department at the beginning of the year 1862.

Omar Rodríguez Salazar  
Ingeniero en Topografía

**INTERNACIONAL HUMANITARIO.**

**GOBERNACION DE CUNDINAMARCA.**

**2004.**

**: CURSO AUTOCAD BASICO Y 3D**

**ACADEMIA DE DATOS Y  
COMPUTACIÓN, ADACOMP.**

**Zipaquirá, 2001.**



Calle 12 No. 6 e 10 Zipaquirá. correo: ingomaros@yahoo.es. Celular 3 10 7 85 30 3 6 S

C

C

**VII CONGRESO NACIONAL Y IV  
INTERNACIONAL DE TOPOGRAFÍA  
SOCIEDAD COLOMBIANA DE  
TOPOGRAFOS  
Bogota, Noviembre 3,4 y 5 de 2000.**

**REFERENCIAS PERSONALES**

**PEDRO OSPINA** : EMPLEADO BANCO DE BOGOTA.  
Teléfono (091)8524380 - 8526213

**MARCELA CALDERON** : CONTADOR PÚBLICO  
Teléfono 310-7853036.

**ALFONSO BARON ESPEJO** : ABOGADO  
Teléfono (091) 852 5492 - 5205

**CRISTIAN GABRIEL RODRIGUEZ** : ADMINISTRADOR DE EMPRESAS  
Teléfono 310 3290597





EXPERIENCIA LABORAL

- ENTIDAD

LUGAR

CARGO

FECHA
- : INTOAR SAS.

: Zipaquirá, Cundinamarca

: REPRESENTANTE LEGAL

: desde septiembre 2015 a la fecha.
- ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO
- : INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.

: Municipios, Cundinamarca

: CONTRATISTA INGENIERO EN TOPOGRAFIA Medición de Predios para La Conservación de Recursos Hídricos desde el 2006 hasta la Fecha.
- ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO
- : INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.

: Tausa, Cundinamarca

: CONTRATISTA INGENIERO EN TOPOGRAFIA Medición de Predios para La Conservación de Recursos Hídricos contrato No 125-07.
- ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO
- : INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.

: Pasca, Cundinamarca

: ORDEN DE PRESTACION No 084-07 INGENIERO EN TOPOGRAFIA Medición de Predios para La Conservación de Recursos Hídricos.

C

C

ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO

: INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.  
: Subachoque, Cundinamarca  
: CONTRATISTA INGENIERO EN  
TOPOGRAFIA Medición de Predios para La  
Conservación de Recursos Hídricos  
contrato No 092-07.

ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO

: INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.  
: San Bernardo, Cundinamarca  
: CONTRATISTA INGENIERO EN  
TOPOGRAFIA Medición de Predios para La  
Conservación de Recursos Hídricos  
contrato No 050-07.

ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO

: INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.  
: Guatavita, Cundinamarca  
: CONTRATISTA INGENIERO EN  
TOPOGRAFIA Medición de Predios para La  
Conservación de Recursos Hídricos  
contrato No 045-07.

ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO

: INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.  
: La Calera, Cundinamarca  
: CONTRATISTA INGENIERO EN  
TOPOGRAFIA Medición de Predios para La



*Conservación de Recursos Hídricos*  
*contrato No 032-07.*

ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO

: **INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.**  
: *Cabrera, Cundinamarca*  
: *ORDEN DE PRESTACION No 184-06*  
*INGENIERO EN TOPOGRAFIA Medición de*  
*Predios para La Conservación de Recursos*  
*Hídricos.*

ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO

: **INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.**  
: *Carmen de Carupa, Cundinamarca*  
: *ORDEN DE PRESTACION No 135-06*  
*INGENIERO EN TOPOGRAFIA Medición de*  
*Predios para La Conservación de Recursos*  
*Hídricos. contrato No 047-06.*

ENTIDAD

LUGAR

CONTRATO

: **INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.**  
: *Cabrera, Cundinamarca*  
: *CONTRATISTA INGENIERO EN*  
*TOPOGRAFIA Medición de Predios para La*  
*Conservación de Recursos Hídricos*  
*contrato No 086-06.*



ENTIDAD

: INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.

LUGAR

: Sibate, Cundinamarca

CONTRATO

: CONTRATISTA INGENIERO EN  
TOPOGRAFIA Medición de Predios para La  
Conservación de Recursos Hídricos  
contrato No063-06.

ENTIDAD

: INMOBILIARIA CUNDINAMARQUESA.

LUGAR

: Subachoque, Cundinamarca

CONTRATO

: CONTRATISTA INGENIERO EN  
TOPOGRAFIA Medición de Predios para La  
Conservación de Recursos Hídricos  
contrato No047-06.

ENTIDAD

: GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

LUGAR

: CAP Sabana Centro Zipaquirá

CARGO DESEMPEÑADO

: TECNICO (TOPOGRAFO).

FECHA DE INICIO

: Mayo 06 de 2003.

FECHA DE RETIRO

: Agosto 24 de 2005.

ENTIDAD

: INDEPENDIENTE

Trabajos ante el INCORA

LUGAR

: Sabana Centro

CARGO DESEMPEÑADO

: TOPOGRAFO

Sucesión de fincas

C

C

**ENTIDAD** : **FERROVIAL SUCURSAL COLOMBIA**

**LUGAR** : **Bogotá, Cundinamarca**

**CARGO DESEMPEÑADO** : **TOPOGRAFO, Construcción canal, interceptor de aguas negras y obras complementarias del sistema salitre**

**FECHA DE INICIO** : **Agosto 6 de 1997**

**FECHA DE RETIRO** : **Septiembre 4 de 1998**

**MOTIVO RETIRO** : **Culminación de obra.**

**ENTIDAD** : **INGENIEROS ASOCIADOS**

**LUGAR** : **Ubaté, Cundinamarca**

**CARGO DESEMPEÑADO** : **TOPOGRAFO**  
**Interceptores 4 y calle 11 para colector Oriental – Alcantarillado**

**FECHA DE INICIO** : **Diciembre 4 de 1996**

**FECHA DE RETIRO** : **Febrero 28 de 1997**

**MOTIVO RETIRO** : **Culminación de la obra**

**ENTIDAD** : **ALVARADO Y DURING**

**CERVECERIA LEONA**

**LUGAR** : **Tocancipá**

**CARGO DESEMPEÑADO** : **TOPOGRAFO**

**FECHA DE INICIO** : **Julio 1 de 1996**

**FECHA DE RETIRO** : **Agosto 31 de 1996**

**MOTIVO RETIRO** : **Culminación de la obra**





|                   |                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|
| ENTIDAD           | : <b>LOCAR CONSTRUCCIONES Y CIA LTDA.</b>                     |
| LUGAR             | : <i>Bogota</i>                                               |
| CARGO DESEMPEÑADO | : <b>TOPOGRAFO</b><br><i>Urbanización tarbes de San José.</i> |
| FECHA DE INICIO   | : <i>Abril 25 de 1993</i>                                     |
| FECHA DE RETIRO   | : <i>Diciembre 22 de 1994</i>                                 |
| MOTIVO RETIRO     | : <i>Culminación de la obra.</i>                              |

**PARTICIPACION EN OTRAS INSTITUCIONES**

|        |                                                 |
|--------|-------------------------------------------------|
| NOMBRE | : <i>Junta de Acción comunal Barrio Potosí.</i> |
| CARGO  | : <b>PRESIDENTE</b>                             |
| FECHA  | : <i>Julio 01 de 2004 Junio 30 de 2012.</i>     |

|        |                                                                           |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE | : <i>Asociación de Juntas de Acción Comunal<br/>Zipaquira, ASOJUNTAS.</i> |
| CARGO  | : <b>PRESIDENTE</b>                                                       |
| FECHA  | : <i>Septiembre 01 de 2004 Agosto 31 de<br/>2012.</i>                     |



**OMAR RODRÍGUEZ SALAZAR**  
**C.C. # 11.348.135 de Zipaquirá.**



Zipaquirá, 25 julio 2024

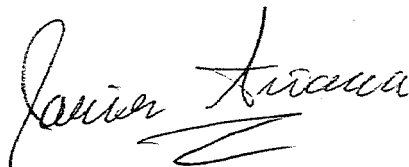
**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL  
DE**

**CERTIFICA:**

Que **OMAR RODRIGUEZ SALAZAR** identificado con cedula de ciudadanía No 11.348.135 Zipaquirá, laboro para esta empresa desde el 26 de abril de 2003 hasta el 30 de junio de 2024, desempeñándose como Ingeniero Topográfico, en los diferentes proyectos que realiza nuestra empresa.

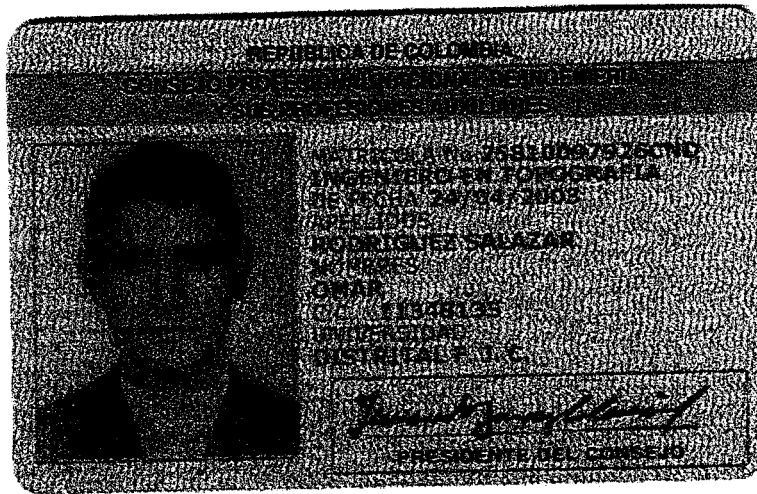
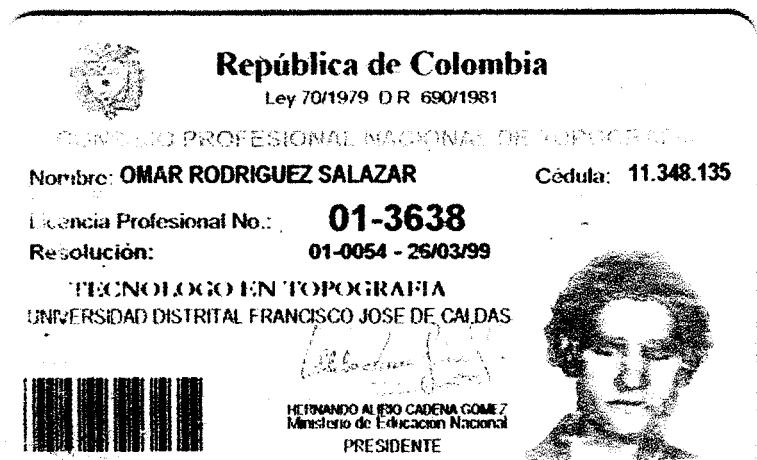
La presente se expide a solicitud del interesado a los veinticinco (25) días del mes de Julio de 2024.

Cordialmente,

  
**JAVIER ARMANDO TRIANA JIMÉNEZ**  
**R.L INGENIERÍA DE FLUIDOS S.A.S**

C

C



THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DIVISION OF THE PHYSICAL SCIENCES  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

RECEIVED  
JAN 10 1964  
FROM  
J. H. DUNN  
TO  
J. H. DUNN  
SUBJECT  
RESEARCH REPORT NO. 100

RESEARCH REPORT NO. 100  
J. H. DUNN  
JAN 10 1964  
J. H. DUNN  
J. H. DUNN  
J. H. DUNN

RESEARCH REPORT NO. 100  
J. H. DUNN  
JAN 10 1964  
J. H. DUNN  
J. H. DUNN  
J. H. DUNN

C

C



**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA  
COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL**

**CERTIFICA:**

1. Que OMAR RODRIGUEZ SALAZAR, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 11348135, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA EN TOPOGRAFIA con MATRICULA PROFESIONAL 25810-097926 desde el 24 de Abril de 2003, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 3404.
2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.
3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**
4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.
5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los ocho (08) días del mes de Agosto del año dos mil veinticuatro (2024).

**Rubén Dario Ochoa Arbeláez**

Firmal del titular (\*)

(\*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado  
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.  
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web [https://tramites.copnia.gov.co/Copnia\\_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart](https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart) indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.



Bogotá D.C, 09 de agosto de 2024

Arquitecta

YESENIA HERREÑO BERNAL

Gerente General

Instituto de Infraestructura y Concesiones de Cundinamarca "ICCU"

Bogotá

Respetada Arquitecta:

De manera atenta por medio de la presente me permito presentar propuesta para celebrar un contrato de prestación de servicios cuyo objeto sería **"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES RELACIONADOS CON LEVANTAMIENTOS TOPOGRAFICOS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA QUE REQUIERA LA SUBGERENCIA DE CONSTRUCCIONES DEL INSTITUTO DE INFRAESTRUCTURA Y CONCESIONES DE CUNDINAMARCA."**

#### OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

1. Realizar Los levantamientos topográficos solicitados por la Subgerencia de construcciones del ICCU.
2. Brindar apoyo profesional y asistencia técnica necesaria para la toma de decisiones en los temas que competan a la Subgerencia de Construcciones del ICCU, proyectando los conceptos técnicos que le sean solicitados en los temas que cobija el objeto del contrato.
3. Apoyar técnicamente en la ejecución de Levantamientos Topográficos a la Subgerencia de Construcciones.
4. Entregar los planos e informe correspondientes a cada uno de los Levantamientos Topográficos asignados.

#### VALOR DEL CONTRATO

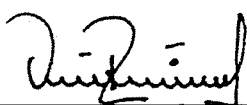
El valor del contrato es por la suma de Treinta y nueve millones trescientos (\$39.300.000) M/CTE. Suma que incluye los impuestos a que haya lugar.

El ICCU pagará al Contratista el valor del contrato en cuatro pagos así: cuatro (4) mensualidades vencidas cada una por la suma de nueve millones de pesos (\$9.000.000) M/CTE), y un último pago por el valor de tres millones trescientos mil pesos (\$3.300.000) M/CTE, por concepto de honorarios.

#### PLAZO DEL CONTRATO

El plazo del contrato será de cuatro meses (4) meses y once (11) días.

Cordialmente,



OMAR RODRIGUEZ SALAZAR

CC. 11.348.135 de Zipaquirá.





FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, OMAR RODRIGUEZ SALAZAR

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 11.348.135 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Pais Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio ZIPAQUIRA

Dirección CALLE 12 #6C -10 POTOSI

Teléfonos 3107853036

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS           | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-------------------------------|------------------------|------------|
| ANA MARCELA CALDERON CARVAJAL | 35.420.973             | ESPOSA     |
| CATALINA RODRIGUEZ CALDERON   | 1.007.430.548          | HIJA       |
| LORENZO RODRIGUEZ CALDERON    | 1.025.144.562          | HIJO       |
|                               |                        |            |
|                               |                        |            |
|                               |                        |            |
|                               |                        |            |
|                               |                        |            |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO                            | VALOR         |
|-------------------------------------|---------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | -             |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | -             |
| GASTOS DE REPRESENTACION            |               |
| ARRIENDOS                           | -             |
| HONORARIOS                          | 60.000.000    |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | 15.000.000    |
| TOTAL                               | \$ 75.000.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| DAVIVIENDA         | AHORROS        | 570007670282883     | ZIPAQUIRA         | \$ 30.000          |
|                    |                |                     |                   | \$ -               |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR         |
|--------------|-------------------------|---------------|
| INMUEBLE     | EQUIPO DE TOPOGRAFIA    | \$ 60.000.000 |
|              |                         |               |
|              |                         |               |
|              |                         |               |

EMPLEADOR O CONTRATANTE



1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION                            | CALIDAD DE MIEMBRO |
|--------------------------------------------------|--------------------|
| JUNTA DE ACCION COMUNAL URBANIZACION POTOSI      | DELEGADO           |
| ASOCIACION MUNICIPAL DE JUNTAS DE ACCION COMUNAL | DELEGADO           |
|                                                  |                    |
|                                                  |                    |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

c) En la actualidad:    ☐ SI    ☒ NO    tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

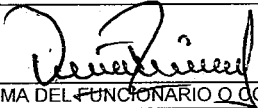
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|---------------------------------|-----------------------------|----|
|                                 | C.C.    C.E.    T.I.        |    |

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES           | FORMA DE PARTICIPACION |
|--------------------------------------|------------------------|
| ASESORIAS EN INGENIERIA Y TOPOGRAFIA | ASESOR                 |
|                                      |                        |
|                                      |                        |
|                                      |                        |
|                                      |                        |
|                                      |                        |

3. FIRMA

  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C 02/08/2024  
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2024-08-01 23:00

Nombres y apellidos completos

|               |                |                 |                  |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| OMAR          |                | RODRIGUEZ       | SALAZAR          |

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

11348135

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

ZIPAQUIRÁ

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

ZIPAQUIRÁ

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

INSTITUTO DE INFRAESTRUCTURA Y CONCESIONES DE CUNDINAMARCA

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

BOGOTÁ. D.C.

Municipio

BOGOTÁ. D.C.

Dirección

["calle 26 No 51-53 Gobernación de Cundinamarca piso 8 torre central"]

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:



73

| CONCEPTO                            | VALOR           |
|-------------------------------------|-----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales |                 |
| Cesantías e intereses de cesantías  |                 |
| Gastos de representación            |                 |
| Arriendos                           |                 |
| Honorarios                          | \$60.000.000,00 |
| Otros ingresos y rentas             |                 |
| TOTAL                               | \$60.000.000,00 |

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                 | \$7.452.248,00                                                          |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |
|              |      |              |           |       |

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 ☒

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 ☒

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



74

| 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 ☒

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 ☐

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 |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| ANA           | MARCELA        | CALDERON        | CALVAJAL         |

Tipo documento      CEDULA DE CIUDADANIA      Número      35420973

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 ☒



75

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 ☒

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 ☒

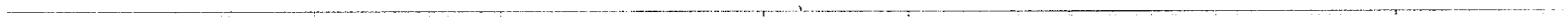
Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---------------------------------------------|---------|-------|------|
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |
|                                             |         |       |      |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

- 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:

C

C



REPÚBLICA DE COLOMBIA

## La Escuela Superior de Administración Pública

Escuela Superior de Administración Pública

Teniendo en cuenta que

**OMAR RODRIGUEZ SALAZAR**

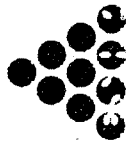
C.C. No. 11.146.115 DE ZONCORA

Aprobó los estudios de formación avanzada programados por la institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos, le confiere el título de:

**ESPECIALISTA EN GESTIÓN PÚBLICA**

*Alfonso L. Chaves*

Director General



ESAP  
Escuela Superior de Administración Pública  
Calle 12 No. 6 c 10 Zipaquirá, Cundinamarca  
Teléfono: 310 785 3036

*Omar Rodríguez Salazar*

Saludando, Colombia

*Omar Rodríguez Salazar*

Escuela Superior de Administración Pública

*Omar Rodríguez Salazar*

Escuela Superior de Administración Pública



Calle 12 No. 6 c 10 Zipaquirá. correo ingomaros@yahoo.es. Celular 310 785 3036 S

Omar Rodríguez Salazar  
Ingeniero en Topografía

C

C



En nombre de la República de Colombia  
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

# La Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Con personería jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución No. 139 de 1950

en atención a que

**Omar Rodríguez Salazar**

con Cédula de Ciudadanía No. 11.348.135 expedida en Zipaquirá, Cund., aprobó satisfactoriamente el Plan de Estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas, le confiere el título de

**Ingeniero en Topografía**

En testimonio de lo anterior se firma en Santafé de Bogotá, D. C., a los 14 días del mes de Junio del año 2002

Rector

Secretario General

Secretario Facultad

Registro No. FMA 1322

Diploma No. 05709







En nombre de la República de Colombia  
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

# La Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Con personería jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución N° 139 de 1950  
en atención a que

## Omar Rodríguez Salazar

con Cédula de Ciudadanía N° 11.348.135 expedida en Zipaquirá, Cund.  
aprobó satisfactoriamente el Plan de Estudios correspondiente  
y cumplió con las condiciones académicas requeridas,  
le confiere el título de

## Tecnólogo en Topografía

En testimonio de lo anterior se firma en  
Santa Fe de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de Agosto de 1996

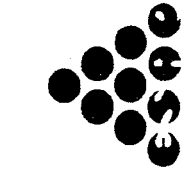
  
Rector

  
Secretario de Facultad

Registro N° F.M.A 052.







República de Colombia  
Departamento Administrativo de la Función Pública  
**La Escuela Superior de Administración Pública**  
Territorial Cundinamarca



Certifica que:

**OMAR RODRIGUEZ SALAZAR**  
c.c. 11.348.135

Participó en el

**DIPLOMADO EN GESTION PÚBLICA PARA EL DESARROLLO REGIONAL**

El cual se llevó a cabo en el municipio de Zipaquirá, con una intensidad de 120 horas, entre los meses de mayo y noviembre de 2005.

**CARLOS ARTURO ZAMUDIO FORERO**  
Director Territorial





Omar Rodríguez Salazar  
Ingeniero en Topografía



CERTIFICA QUE

*Omar Rodríguez Salazar*

Identificado con C.C. 11.348.135

Participó y aprobó el Diplomado en

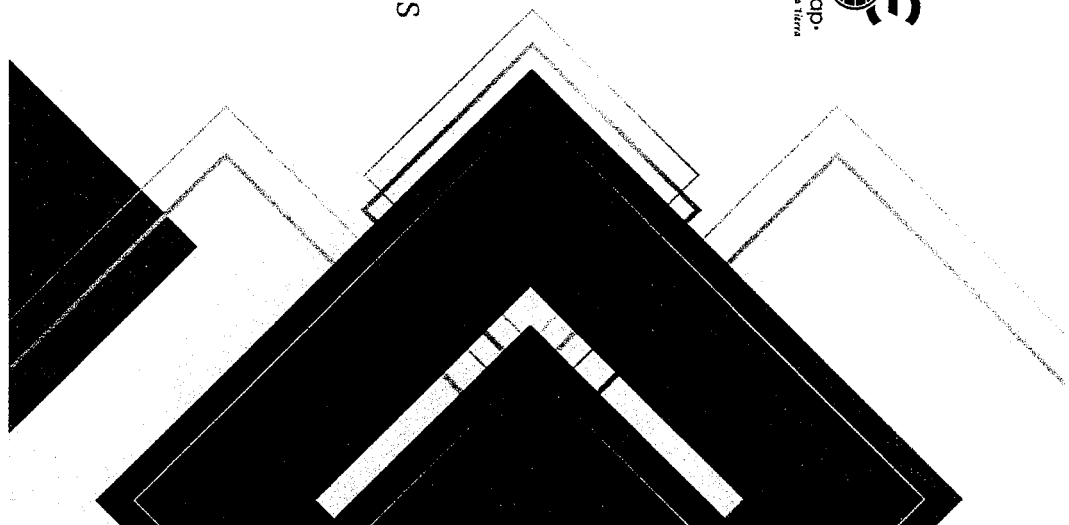
DRONES APLICADOS A CIENCIAS DE LA  
TIERRA Y MANEJO DE RECURSOS NATURALES  
+ CERTIFICADO OPERADOR UAS

Que se llevó a cabo del 12 de diciembre de 2022,  
al 6 de marzo de 2023.

con una duración de ciento cuarenta (140) horas.  
Se firma en Bogotá D.C., el 16 de marzo de 2023.

*Hayder Osvaldo Bautista Herrera*  
Decano de la Facultad de Medio  
Ambiente y Recursos Naturales

*Zamir Maturana Cortés*  
Superior del Diplomado



100

100

100

C

C

**ESCUELA COLOMBIANA DE AVIADORES CIVILES**  
**CENTRO EMPRESARIAL AERONÁUTICO**  
García Acevedo Ltda Niz.860501753-8 Certificado CCI-020 UAEAC

CERTIFICACION CURSO DE OPERADOR U.A.S.

|                    |                         |          |                     |
|--------------------|-------------------------|----------|---------------------|
| NOMBRE             | Omar Rodríguez Salazar  | CEDULA   | 11.348.135          |
| CURSO              | Inicial                 | EQUIPO   | OPERADOR UAS        |
| INSTRUCTOR         | Cesar Augusto Peña Rico | LICENCIA | IET-79963873        |
| FECHA Inicio:      | Noviembre 22 de 2022    |          |                     |
| FECHA Terminación: | Marzo 5 de 2023         | HORAS    | 86 (Ochenta y Seis) |

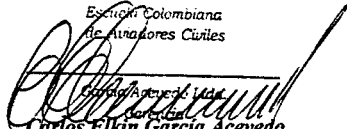
PROGRAMA DE TRABAJO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Derecho Aéreo, Reglamento Aeronáutico RAC 91 ,Conocimiento y aplicación de Normas, Procedimientos Operacionales.<br><br>Principios de Meteorología, Principios de Navegación,<br><br>Aerodinámica Básica, Performance R-PAS<br><br>SMS y Actuación Humana – Performance y Rendimiento<br><br>Planeación y conocimientos generales de UAS<br><br>Comunicaciones Aeronáuticas |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

OBSERVACIONES: Se efectuó curso INICIAL de Operador UAS , de acuerdo con el programa de Entrenamiento con 64 horas teóricas y 22 horas prácticas , con asistencia del 100% y resultados satisfactorios.

Se expide el presente certificado a los Diecisiete (17) días del mes de Marzo de 2023



Escuela Colombiana de Aviadores Civiles  
Centro Empresarial Aeronáutico  
  
Carlos Elkin García Acevedo  
**Escuela Colombiana de Aviadores Civiles**  
**DIRECTOR**

Forma ECDAC 015  
Revisión #1 Julio 22 de 2013

Escuela Colombiana de Aviadores Civiles  
Centro Empresarial Aeronáutico

Carrera 47ª N° 114ª - 17 Bogotá Colombia  
Tels. 2158355-6195953-Fax-6195948

C

C



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ZIPAQUIRA,  
CUNDINAMARCA,  
COLOMBIA,  
A quien interese

08/08/2024

Por medio de la presente hacemos constar que el señor OMAR RODRIGUEZ con  
Cédula de Ciudadanía número 11348135

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número 0570007670282883  
Fecha de apertura 25/04/2003

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.  
NIT. 860.034.313-7

C

C

Bogotá D.C, 12 de Julio de 2024

Arquitecta  
**YESENIA HERREÑO BERNAL**  
Gerente General  
Instituto de Infraestructura y Concesiones de Cundinamarca "ICCU"  
Bogotá

**Asunto:** Declaración juramentada de inhabilidades e incompatibilidades.

**OMAR RODRIGUEZ SALAZAR**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Zipaquirá, identificado con la cedula de ciudadanía No. 11.348.135 de Zipaquirá, manifiesto bajo la gravedad de juramento que **NO** me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden Constitucional o Legal, para ejercer cargos o empleos públicos y/o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

Cordialmente,

  
\_\_\_\_\_  
**OMAR RODRIGUEZ SALAZAR**  
CC. 11.348.13598 de Zipaquirá.

C

C

## CERTIFICACIÓN DE LISTA RESTRICTIVA LAVADO DE ACTIVOS

Yo, **OMAR RODRIGUEZ SALAZAR** identificado con la cédula de ciudadanía No. **11.348.135** de la ciudad de Zipaquirá, certifico bajo la gravedad del juramento que no me encuentro relacionado en ninguna lista restrictiva de lavado de activos de ningún país, como las denominadas Listas OFAC, Lista Clinton o en listas nacionales o internacionales de organismos policiales, judiciales o de inteligencia por posibles vínculos con organizaciones delictivas.

Dada en la ciudad de BOGOTÁ a los dieciocho (12) días del mes de Julio del año dos mil veinticuatro (2024).

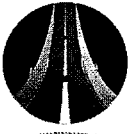
Cordialmente,



---

**OMAR RODRIGUEZ SALAZAR**  
CC. 11.348.135 de Zipaquirá.



|                                                                                                                                                                                |                                                    |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|
|  <b>ICCU</b><br><small>INSTITUTO DE INFRAESTRUCTURA<br/>Y CONCESIONES DE CUNDINAMARCA</small> | <b>DECLARACIÓN DE SUSCRIPCION DE<br/>CONTRATOS</b> | Código: GH- FR- 01                 |
|                                                                                                                                                                                |                                                    | Versión: 01                        |
|                                                                                                                                                                                |                                                    | Fecha de aprobación:<br>30/09/2019 |

| NOMBRE                 | IDENTIFICACIÓN          |
|------------------------|-------------------------|
| OMAR RODRIGUEZ SALAZAR | 11.348.135 de Zipaquira |

En cumplimiento a los principios de transparencia, integridad y legalidad de la gestión pública en la suscripción de contratos de prestación de servicios y acogiendo la Directiva Presidencial No. 01 de 2022 del día 17 de enero de 2022, manifiesto bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

SI ( ) NO ( X ) he suscrito uno o más contratos con otras entidades públicas en la presente vigencia y SI cuento con la disponibilidad para dar cumplimiento a las obligaciones que se pactan en el contrato con el ICCU.

En caso afirmativo, diligenciar la siguiente información:

| CONTRATO<br>No. | ENTIDAD | OBJETO | VALOR | PLAZO |
|-----------------|---------|--------|-------|-------|
|                 |         |        |       |       |
|                 |         |        |       |       |
|                 |         |        |       |       |
|                 |         |        |       |       |
|                 |         |        |       |       |
|                 |         |        |       |       |

Para todos los efectos legales, certifico que los datos anotados en la presente declaración son veraces, (Artículo 5o. de la ley 190/95).

Firma:



C

C

Administración   Información Personal   Cambiar Contraseña



- Usuario  
Omar Rodríguez
- Imprimir Mi Hoja De Vida
- Descargar Mi Hoja De Vida
- Entidades Asociadas a Mi Usuario
- 4564 - INSTITUTO
- Otras Opciones
- Preguntas frecuentes
- Manual de Usuario
- Video Tutorial



Handwritten text, likely bleed-through from the reverse side of the page. The text is mostly illegible due to fading and bleed-through, but appears to be organized into several paragraphs or sections.

C

C



**SANILAB IPS SAS**  
**NIT. 901.216.537-1**  
carrera 10 A No 6-90 Barrio Algarra I - Zipaquira, Colombia  
Cel. 3226051044 - 3226041621 - 3226045352 - 3145904265  
E-mail. sanilabipssas@gmail.com  
Cuenta de Ahorros Bancolombia # 332-000007-88



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.003

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |                                                                                         |                                   | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL        |                                     |                             |          |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 03  | 2023                                                                                    | ZIQAUIRÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |                                     |                             |          |
| DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | MES | AÑO                                                                                     | Ciudad                            |                                          |                                     |                             |          |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| PARTICULARES CONTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                                                                         |                                   | PARTICULARES                             |                                     |                             |          |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                                                                         |                                   | Empresa en misión                        |                                     |                             |          |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| RODRIGUEZ SALAZAR OMAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                         |                                   | Genero                                   | Edad                                | Documento de Identificación |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                                         |                                   | MASCULINO                                | 52 AÑOS 6 MESES 4 DÍAS              | CC                          | 11348135 |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     | Tipo                        | Número   |
| Cargo<br>INGENIERO TOPOGRAFICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br>SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| Observaciones: APTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| TRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                                                                         |                                   | TIPO                                     |                                     | RECOMENDACIONES             |          |
| Sin RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                                                                                         |                                   | NO APLICA                                |                                     | NO APLICA                   |          |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                                                                         |                                   | ✓                                        |                                     |                             |          |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                                                           |                                   |                                          | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |                             |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | USO DE EPP                                                                              |                                   |                                          | HABITOS SALUDABLES                  |                             |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL                                                       |                                   |                                          | FORTALECIMIENTO MUSCULAR            |                             |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                                         |                                   |                                          | HACER DEPORTE                       |                             |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                                         |                                   |                                          | DIETA BALANCEADA                    |                             |          |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| SIN RECOMENDACIONES ADICIONALES A LAS YA ESCRITAS, SIN SINTOMATOLOGÍA PARA COVID 19, NI ANTECEDENTES DE CONTACTO ESTRECHO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS O CONFIRMADAS DE CONTAGIO CON COVID 19, NI VIAJES RECIENTES.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| 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 que me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                                         |                                   | Aspirante o Trabajador                   |                                     |                             |          |
| Dra. Claudia Murcia R.<br>C.C.35.424.651 R.M. 250094 09<br>MED. ESP SST<br>L.S.O: 250547/22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |                                                                                         |                                   |                                          |                                     |                             |          |
| Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |                                                                                         |                                   | Firma: _____                             |                                     |                             |          |
| Nombre: MURCIA RODRIGUEZ CLAUDIA PATRICIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                         |                                   | Nombre: RODRIGUEZ SALAZAR OMAR           |                                     |                             |          |
| R. M.: 250994-09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     | L.S.O.: 250547/22                                                                       |                                   | Código de Seguridad                      |                                     | CC: 11348135                |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |                                                                                         |                                   | G811M1S15003                             |                                     |                             |          |



|            |  |                           |  |               |            |  |
|------------|--|---------------------------|--|---------------|------------|--|
| <b>GMO</b> |  | <b>CERTIFICADO VISUAL</b> |  | Código:       | FT-SS-001  |  |
|            |  |                           |  | Versión:      | 002        |  |
|            |  |                           |  | Fecha:        | 15-11-2019 |  |
|            |  |                           |  | Página 1 de 1 |            |  |

|                     |            |                        |          |                |          |
|---------------------|------------|------------------------|----------|----------------|----------|
| Fecha               | 08/08/2024 | Hora                   | 11:41:39 | Doc. Identidad | 11348135 |
| Apellidos y Nombres |            | RODRIGUEZ SALAZAR OMAR |          |                |          |

|              |  |            |  |             |  |
|--------------|--|------------|--|-------------|--|
| Antecedentes |  |            |  |             |  |
| Tipo         |  | Alteración |  | Descripción |  |

|                     |  |                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|---------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Motivos de consulta |  |                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| Anamnesis           |  | ASISTE A CONSULTA REFIERE NO USA RX NI DE LEJOS NI CERCA. ASISTE A CONSULTA PARA INGRESAR A UNA EMPRESA. REFIERE BUENA VISION DE LEJOS Y DE LEJOS ALEJA EL TEXTO PARA LEER. |  |  |  |

|                |        |                |        |    |        |             |  |        |          |      |         |      |        |
|----------------|--------|----------------|--------|----|--------|-------------|--|--------|----------|------|---------|------|--------|
| Agudeza Visual |        |                |        |    |        | Lensometria |  |        |          |      |         |      |        |
| Visión Lejana  |        | Visión Cercana |        | Ph |        | Tipo Lente  |  |        |          |      |         |      |        |
| Ojo            | SC     | CC             | SC     | CC | SC     | CC          |  | Esfera | Cilindro | Eje  | Adición | Dp   | Altura |
| O.D            | 20/50  |                | 1.25 M |    |        |             |  | O.D    | 0.00     | 0.00 | 0.00    | 0.00 | 0.00   |
| O.I            | 20/100 |                | 1.25 M |    |        |             |  | O.I    | 0.00     | 0.00 | 0.00    | 0.00 | 0.00   |
| A.O            | 20/50  |                |        |    | 1.25 M | 1.25 M      |  |        |          |      |         |      |        |

|                                                                                                     |  |  |                                                                                                     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Biomicroscopia                                                                                      |  |  |                                                                                                     |  |  |
| Ojo Derecho                                                                                         |  |  | Ojo Izquierdo                                                                                       |  |  |
| PARPADOS SALUDABLES, CORNEA Y CRISTALINO TRANSPARENTE, ESTRUCTURAS NORMALES, PUPILAS NORMOREACTIVAS |  |  | PARPADOS SALUDABLES, CORNEA Y CRISTALINO TRANSPARENTE, ESTRUCTURAS NORMALES, PUPILAS NORMOREACTIVAS |  |  |

|               |                               |  |               |                               |  |
|---------------|-------------------------------|--|---------------|-------------------------------|--|
| Oftalmoscopia |                               |  |               |                               |  |
| Ojo Derecho   |                               |  | Ojo Izquierdo |                               |  |
| Rel A/V       | 2/3                           |  | Rel A/V       | 2/3                           |  |
| Ext/Disco     | 0.2                           |  | Ext/Disco     | 0.2                           |  |
| Mácula        | BRILLO Y CLARA                |  | Mácula        | BRILLO Y CLARA                |  |
| Observaciones | ESTRUCTURAS SANAS Y COMPLETAS |  | Observaciones | ESTRUCTURAS SANAS Y COMPLETAS |  |

|                  |                |            |                  |
|------------------|----------------|------------|------------------|
| Motilidad Ocular |                | Test Color | Test Profundidad |
| Cover Test       |                |            |                  |
| VL               | O (ORTHOFORIA) | 12/12      | 40"              |
| VP               | O (ORTHOFORIA) |            |                  |
| PPC              | 8              |            |                  |

|                    |        |          |      |         |       |        |       |
|--------------------|--------|----------|------|---------|-------|--------|-------|
| Prescripción final |        |          |      |         |       |        |       |
|                    | Esfera | Cilindro | Eje  | Adición | A.V.L | A.V.P  | D.N.P |
| OD                 | -0.25  | -0.25    | 0.00 | 1.75    | 20/20 | 0.50 M | 31.00 |
| OI                 | -1.00  | 0.00     | 0.00 | 1.75    | 20/20 | 0.50 M | 31.00 |

|                   |                 |        |             |
|-------------------|-----------------|--------|-------------|
| Diagnóstico Final |                 |        |             |
| Ojo               | Diagnostico     | Código | Descripción |
| OD                | DIAG. PRINCIPAL | H524   | PRESBICIA   |
| OI                | DIAG. PRINCIPAL | H524   | PRESBICIA   |

|             |                                                               |         |            |                |  |
|-------------|---------------------------------------------------------------|---------|------------|----------------|--|
| Conducta    | PHYSIO,PERMANENTE,SOF AIR,COMPLETA,CRIZAL SAPPHIRE,PROGRESIVO | Control | 08/09/2025 | Firma paciente |  |
| Profesional | MARQUEZ LEE OLGA LUCIA                                        | Código  | 39686167   | Firma Prof.    |  |

C

C

C

C

INFORME DE VALORACIÓN AUDIOPROTÉSICA

A la Att. de:

BOGOTÁ, D.C. , 8 de Agosto de 2024

Nos es grato remitirle el informe de valoración audioprotésica del paciente Sr.OMAR RODRIGUEZ SALAZAR, con número de Cédula 11348135, y fecha de nacimiento 26/01/72, que acudió a nuestro centro auditivo.

Como Usted ya conoce, nuestra misión es: " Mejorar la calidad de vida del deficiente auditivo en colaboración con el especialista Otorrinolaringólogo , ofreciendo los productos y servicios de mejor calidad. " por ello , esperamos que nuestro informe sea de su entera satisfacción , rogándole nos indique si cree necesaria alguna corrección.

Aprovechamos la oportunidad para saludarle y agradecerle la confianza depositada en nosotros, de la cual esperamos seguir siendo merecedores.

Atentamente

Departamento de Audioprotésis

Audioprotesista

NATALIA MENDOZA

Los valores en blanco significan que las pruebas no han sido realizadas

|                   |                |      |      |      |     |     |     |     |     |    |    |                 |
|-------------------|----------------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----------------|
| Audiometría tonal | Modo prueba:   |      |      |      |     |     |     |     |     |    |    | Con auriculares |
|                   | Frecuencia KHz |      |      |      |     |     |     |     |     |    |    |                 |
| Oído derecho      | .125           | .250 | .500 | .750 | 1   | 1.5 | 2   | 3   | 4   | 6  | 8  | Haic            |
| Umbral auditivo   | 10             | 20   | 20   |      | 20  |     | 25  | 35  | 45  | 35 | 45 | 28              |
| Vía ósea          |                | 15   | 15   |      | 20  |     | 20  | 35  | 35  |    |    | 23              |
| Umbral incomfort  |                | 95   | 100  | 105  | 100 | 100 | 105 | 105 | 100 |    |    | 101             |
| Umbral medio      |                | 58   | 60   |      | 60  |     | 65  | 70  | 73  |    |    | 65              |

|                  |                |      |      |      |     |     |     |     |     |    |    |      |
|------------------|----------------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|------|
|                  | Frecuencia KHz |      |      |      |     |     |     |     |     |    |    |      |
| Oído izquierdo   | .125           | .250 | .500 | .750 | 1   | 1.5 | 2   | 3   | 4   | 6  | 8  | Haic |
| Umbral auditivo  | 10             | 15   | 20   | 55   | 60  |     | 50  | 55  | 55  | 55 | 50 | 46   |
| Vía ósea         |                | 10   | 15   | 45   | 50  |     | 45  | 50  | 45  |    |    | 39   |
| Umbral incomfort |                | 90   | 100  | 110  | 105 | 105 | 105 | 110 | 105 |    |    | 104  |
| Umbral medio     |                | 53   | 60   | 83   | 83  |     | 78  | 83  | 80  |    |    | 75   |

|      |                 |      |
|------|-----------------|------|
| O.D. | Enmascaramiento | O.I. |
|      | Umbral auditivo |      |
|      | Via ósea        |      |

Audiometría vocal

Curva discriminación (OD/O.I./Binaural) y umbral incomfort (UCL)

Con auriculares

|    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |     |    |     |    |    |     |    |     |    |    |     |     |     |     |     |     |
|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|-----|----|----|-----|----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50  | 55 | 60  | 65 | 70 | 75  | 80 | 85  | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | UCL |
| OD |   |   |    |    |    |    | 0  |    | 70 |    | 80  |    | 100 |    |    |     |    |     |    |    |     |     |     |     |     | 0   |
| OI |   |   |    |    |    |    |    | 0  |    | 30 |     | 60 |     | 70 |    | 100 |    | 100 |    |    |     |     |     |     |     | 0   |
| BN |   |   |    |    |    |    | 0  |    | 70 |    | 100 |    | 100 |    |    |     |    |     |    |    |     |     |     |     |     | 0   |

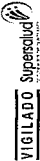
Campo libre sin audífonos

|    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |
|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | UCL |
| OD |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |
| OI |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |
| BN |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |

Campo libre con audífonos

|    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |
|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | UCL |
| OD |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |
| OI |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |
| BN |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |

Observaciones





Nº Audiometría  
07839747

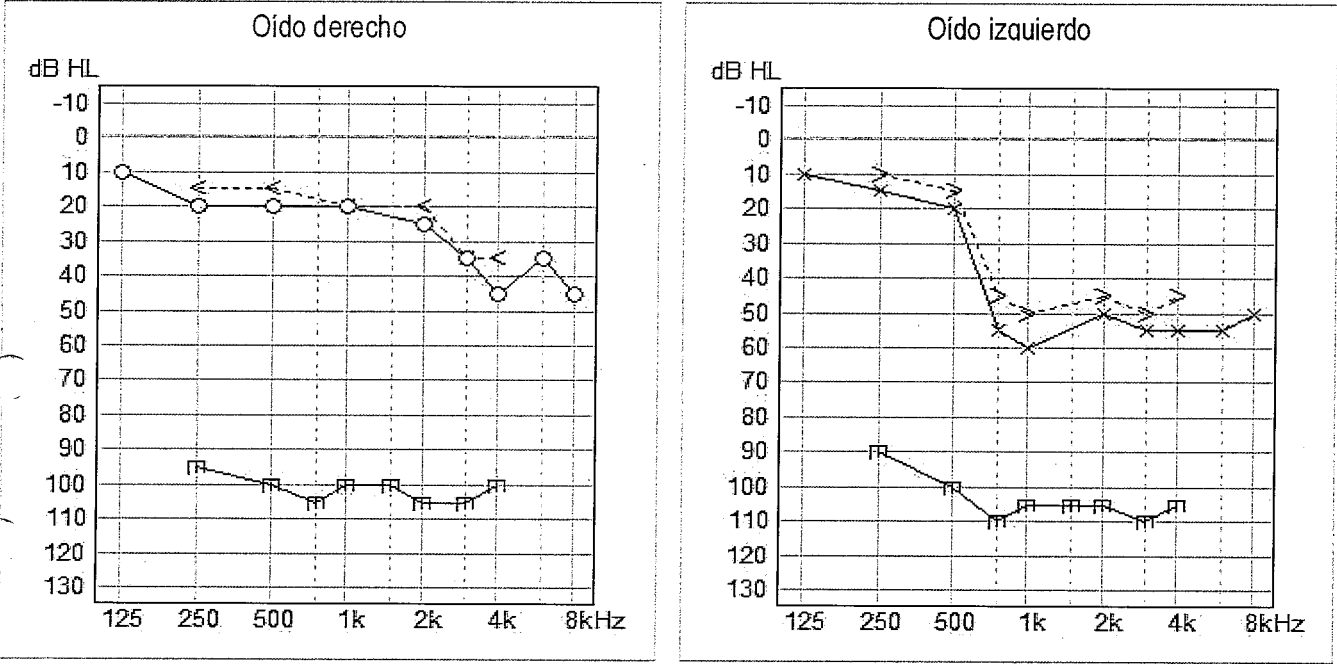
Fecha hora  
24/07/2024 19:00:00

Usuario  
RODRIGUEZ SALAZAR, OMAR (5575421)

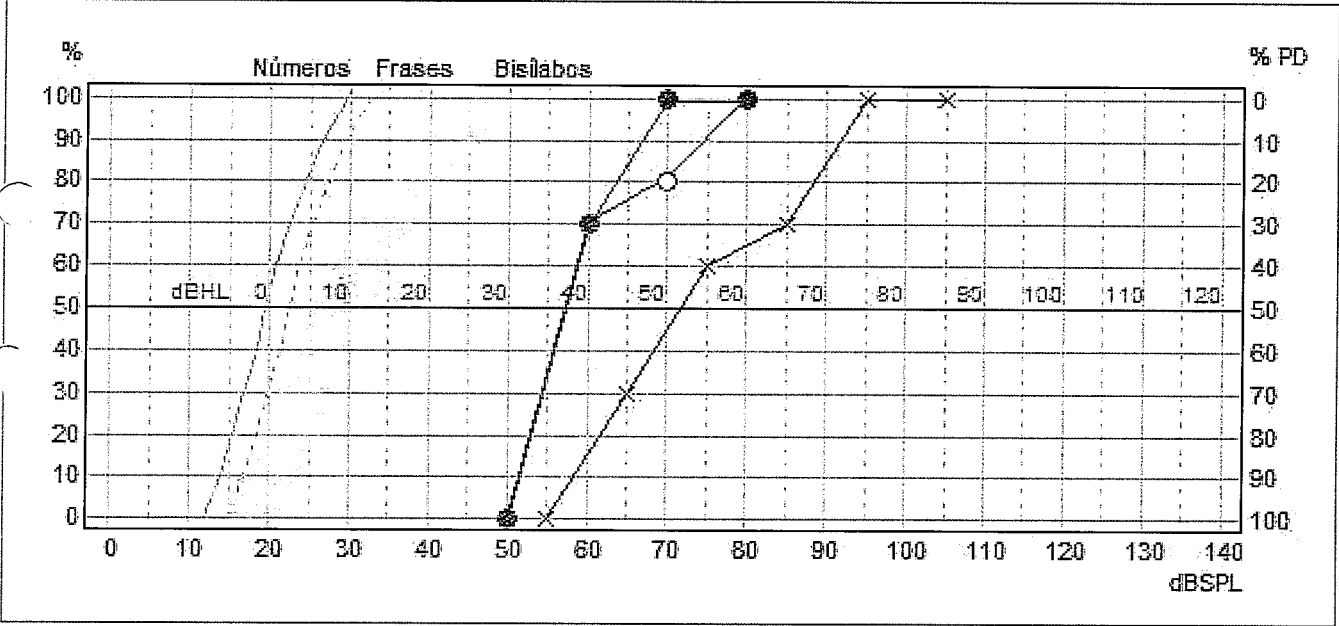
Cédula nº: 11348135

Fecha nacimiento: 26/01/72

Audiometría tonal                      Modo prueba:                      Con auriculares



Audiometría vocal                      Curva discriminación (O.D./O.I./Binaural) y umbral inconfort (UCL)



Centro - C185, #45 - 03 N1-96 - BOGOTÁ, D.C. - Tel: 3164167209 / Fax: / E-mail: gaesbogotasantafe@amplifon.com

GAES COLOMBIA SAS - Centro cra 14 a 127 15 el bcal 1, - BOGOTÁ, D.C.

Tel: (+571) 743 4323 - Fax: - E-mail: -

Régimen común Tarifa de ica 11.04 x mil Resolución Dian 18762000482995 vigencia 15/09/2016. Numeración por computador autorizada del - CC: 900913310

**INFORME DE VALORACIÓN AUDIOPROTÉSICA**

BOGOTÁ, D.C. , 8 de Agosto de 2024

Paciente

Sr.OMAR RODRIGUEZ SALAZAR  
Cédula nº: 11348135  
Fecha nacimiento: 26/01/72

**Descripción audiometría tonal**

|                            |                   |                            |                   |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| * Grado de pérdida (O.D.): | <b>Leve</b>       | * Grado de pérdida (O.I.): | <b>Moderada</b>   |
| * Tipo hipoacusia (O.D.):  | <b>Perceptiva</b> | * Tipo hipoacusia (O.I.):  | <b>Perceptiva</b> |

**Audiometría vocal**

|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| Inteligibilidad (% discriminación): |            |
| Para el O.D.                        | <b>100</b> |
| Para el O.I.                        | <b>100</b> |
| Binaural                            | <b>100</b> |

**Valoración audioprotésica**

En función del resultado, se considera que la prueba audioprotésica ha sido :

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| Para el O.D. | <b>Satisfactoria</b> |
| Para el O.I. | <b>Satisfactoria</b> |

\* El tipo de audífono recomendado para el Oído Derecho sería :

\* El tipo de audífono recomendado para el Oído Izquierdo sería :

**Comentarios y valoración final**

**Otoscopia:Od: Normal.Oi:Normal. Audiometría : Od: Pérdida auditiva neurosensorial leve a partir de 2000Hz Oi:Pérdida auditiva neurosensorial de grado leve a moderado.Logoaudiometria: Od: Curva desplazada en función e intensidad, alcanza el 100% de discriminación a 60dB.Oi:Curva desplazada en función e intensidad, alcanza el 100% de discriminación a 75dB.s/s:Adaptación de audifono Oido izquierdo.**

*Natalia*

Audioprotesista audiometría  
NATALIA MENDOZA

*Natalia*

Audioprotesista informe  
NATALIA MENDOZA

**Escritorio**

## OPORTUNIDADES RECIENTES

15811-053-2021 0511

ÚLTIMAS OFERTAS

**Learning Goals**

**Solicitud de acceso**

El usuario OLIAR RODRIGUEZ SALAZAR (olimaros@yabco.es) está solicitando acceso. Aceptar usuarios

**Sugerencias SECOP**

## Mensajes

**Ya está asociado a una empresa**

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa puede ir a 'Configuraciones del Usuario • Mis registros'.

50001

ALCALDIA MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA

Publicación no oficial

ALCALDIA MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA

166301 U.S. AIR FORCE 1105293

ALCALDIA MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA

informe de evaluación 2 COTAVO 1166296

ALCALDIA MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA

0073 CONCEPTO Y PODERES DE LOS JUECES DE LA CORTE SUPLENTE

ALCALDIA MUNICIPIO DE ZIPAQUIRA

## APPENDIX I

## Abstract

## Oportunidades de negocio

## Recibidos

**Regístrate o actualiza tus datos**

para recibir, de primera mano,  
toda la información sobre eventos  
y capacitaciones de **Colombia Compra Eficiente**.



|                                                                                   |                                                                                                     |         |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
|  | FORMATO                                                                                             | CÓDIGO  | MS-GC-FR-017 |
|                                                                                   | GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                 | VERSIÓN | 0            |
|                                                                                   | FORMULARIO DATOS PERSONALES ADICIONALES Y AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES CONTRATISTAS | FECHA   | 29/02/2024   |

Nombre completo: Omar Rodriguez Salazar  
Número de identificación: 11.348.135

1. DATOS PERSONALES ADICIONALES

- **Género:** Masculino
- **Estado civil:** Casado
- **Cultura, pueblo o rasgos físicos:** (Marque con una x según corresponda)  
Ninguna:  
Indígena:  
Raizal:  
Negro:  
Palenquero:  
Minorías: \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_  
Rrom:  
Afrocolombiano:  
• **Madre o padre cabeza de hogar:** SI\_\_ NO\_\_
- **Víctima en el marco del conflicto armado interno:** SI\_\_ NO\_\_
- **Discapacidad:** (Marque con una x según corresponda)

Persona con discapacidad cognitiva:  
Persona con discapacidad física o motora:  
Persona con discapacidad auditiva:  
Persona con discapacidad visual:  
Otra: \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_

2. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, autorizo explícitamente el tratamiento de mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y sensibles. Esta autorización permitirá al INSTITUTO DE INFRAESTRUCTURA Y CONCESIONES DE CUNDINAMARCA - ICCU, recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, de acuerdo con el procedimiento para el tratamiento de los datos personales con finalidad histórica, estadística o científica. En este evento INSTITUTO DE INFRAESTRUCTURA Y CONCESIONES DE CUNDINAMARCA - ICCU adoptará las medidas conducentes a la supresión de identidad de los titulares.

Atentamente,

  
Omar Rodríguez Salazar  
C.C. 11.348.138 Zipaquira.  
Zipaquirá Julio 12 de 2024:

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.  
Sede Administrativa - Torre Central Piso 6.  
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1692

