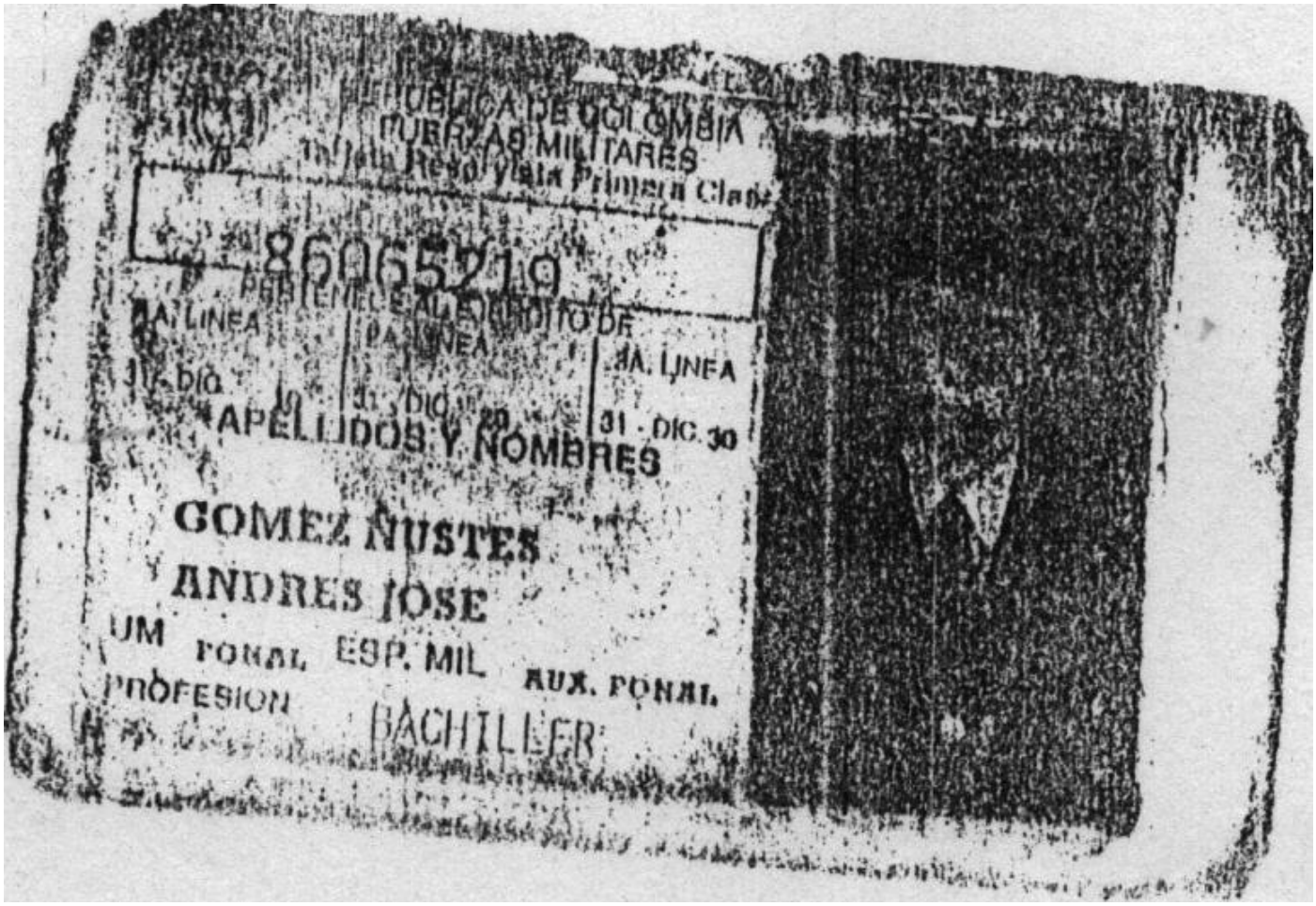
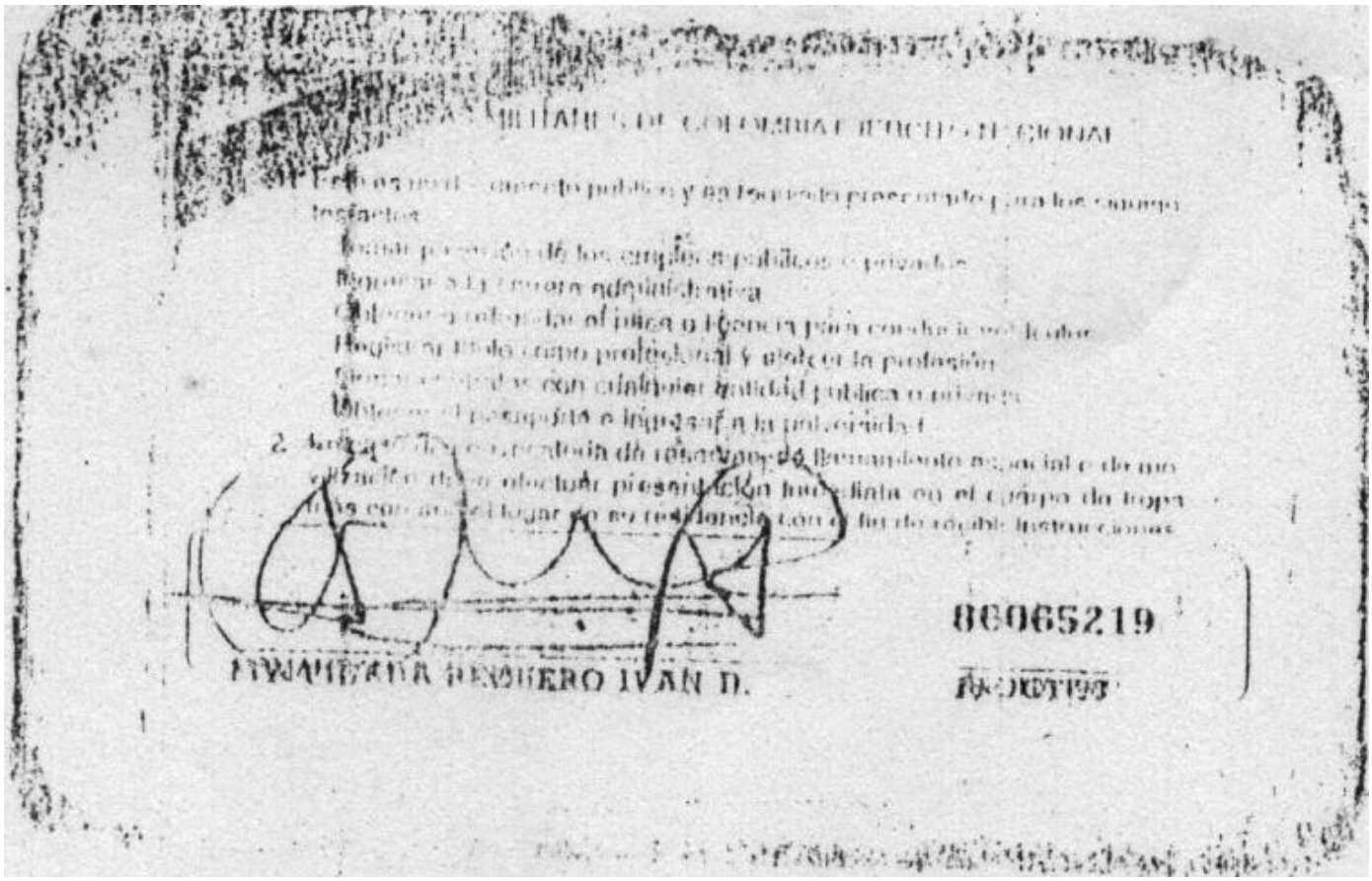

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA
Tarjeta Resolución Primera Clase
86065219
PERTENECE AL DISTRITO DE
1A. LINEA
2A. LINEA
3A. LINEA
31 DIC.
31 DIC.
31 DIC. 30
APELLIDOS Y NOMBRES
GOMEZ NUSTES
ANDRES JOSE
UM PONAL ESP. MIL
AUX. PONAL
PROFESION
BACHILLER


86065219

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor ANDRES JOSE GOMEZ ÑUSTES identificado con Cédula de Ciudadanía No. 86065219, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	ANDRES
Segundo Nombre:	JOSE
Primer Apellido:	GOMEZ
Segundo Apellido:	ÑUSTES
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	86065219
Clase Libreta Militar:	Primera Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 27 días del mes de Enero de 2025, a las 3:39:13 PM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GOMEZ	ÑUSTES	ANDRES JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 86065219	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 86065219 D.M. 5

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES 04 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 16 37J 63 Guatiquia calle 16 37 J 63 Guatiquia Urbanizacion Guatiquia

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3212001561 EMAIL ango_80@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	1997

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA INFORMATICA EDUCATIVA	09	2016	
POSTGRADO	4	X		GESTION DE LA TECNOLOGIA EDUCATIVA	01	2023	
POSTGRADO	4	X		MAESTRIA EN GESTION DE LA TECNOLOGIA EDUCATIVA	01	2023	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	09	2006	100200

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
INSTITUTO SYSPRO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1008	X		TECNICO EN SISTEMAS	12	2000

4 IDIOMAS

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
ESPAÑOL			X			X			X

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 54615000	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	02	Año	2024	Día	17	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1972 INSTRUCTOR	DEPENDENCIA: ACADEMICA - COORDINACION					DIRECCIÓN: ANILLO VIAL 12 null null KM 12 ANILLO VIAL						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	23	Mes	06	Año	2023	Día	02	Mes	11	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 1972 INSTRUCTOR	DEPENDENCIA: ACADEMICA - COORDINACION					DIRECCIÓN: CARRERA 48 6 40 Urb. Guayuriba						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* - KMilometro 12 Via Puerto Lopez						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6715815	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	07	*Año* 2021	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* ALCALDIA SECRETARIA DE GOBIERNO					*DIRECCIÓN* CALLE 40 33 64 Centro Edificio Alcaldia						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6702060	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	06	*Año* 2021	*Día*	23	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE CONTROL FISICO					*DIRECCIÓN* CALLE 40N 33 64						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	12	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FORMACION SENA					*DIRECCIÓN* - KM 12 VIA PUERTO LOPEZ						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6635729	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA FORMACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 Km. 12 Vía Puerto López						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA FORMACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 Km. 12 Vía Puerto López					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA EDUCATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 Km. 12 Vía Puerto López					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PAPELERIA Y CACHARRERIA LA UNICA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212001561	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	08	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL A ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ALMACEN DE VENTAS						*DIRECCIÓN* CALLE 16 37J 79 BARRIO GUATIQUIA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LICEO REPUBLICA DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3114802710	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2013	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 36N 34 42 Barzal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TERMINAL DE TRANSPORTES DE VILLAVICENCIO S. A.			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6658588	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2002	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO	*DEPENDENCIA* AREA CONTABILIDAD Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1N 15 02 Anillo Vial					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA NACIONAL 1			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3108821549		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	12	*Año*	1997	*Día*	05	*Mes*	12	*Año*	1998
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR		*DEPENDENCIA* COORDINACION BACHILLERES Y TAL					*DIRECCIÓN* CALLE 44 35 96, barrio El Triunfo,					

6 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO COFREM			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	06	*Mes:*	09	*Año:*	2014	*Día:*	29	*Mes:*	11	*Año:*	2014
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA		*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 40 - 35A 19 MAIZARO					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO COFREM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	28	*Mes:*	01	*Año:*	2015	*Día:*	27	*Mes:*	11	*Año:*	2015
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA		*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 40 - 35A 18 MAIZARO					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA POLITÈCNICO AGROINDUSTRIAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	07	*Mes:*	02	*Año:*	2015	*Día:*	06	*Mes:*	06	*Año:*	2015
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA		*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 35 - 34 55 BARZAL					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	08	*Año:*	2015	*Día:*	28	*Mes:*	11	*Año:*	2015
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA		*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CALLE 35 - 34 55					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLEGIO COFREM			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	26	Mes:	01	Año: 2016	Día:	25	Mes:	11	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: AVENIDA 40 - 35A 19 BARRIO MAIZARO						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	06	Mes:	02	Año: 2016	Día:	11	Mes:	06	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 35 - 34 55						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: POLITÈCNICO AGROINDUSTRIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	06	Mes:	08	Año: 2016	Día:	03	Mes:	12	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 35 - 34 55 BARZAL						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLEGIO COFREM			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	30	Mes:	01	Año: 2017	Día:	30	Mes:	11	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: AVENIDA 40 - 35A 19 BARRIO MAIZARO						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: POLITÈCNICO AGROINDUSTRIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	04	Mes:	02	Año: 2017	Día:	03	Mes:	06	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CALLE 35 - 34 55 BARZAL						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA POLITÈCNICO AGROINDUSTRIAL		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO				*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	05	*Mes:* 08	*Año:* 2017		*Día:*	09	*Mes:* 12	*Año:*	2017
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO				*DIRECCIÓN* CALLE 35 - 34 55 BARZAL					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO COFREM		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO				*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	29	*Mes:* 01	*Año:* 2018		*Día:*	30	*Mes:* 11	*Año:*	2018
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO				*DIRECCIÓN* AVENIDA 40 - 35A 19 MAIZARO					

7 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	4	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	8
EXPERIENCIA DOCENTE	3	7

8 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 *Villavicencio, 29 de enero de 2025*



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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.

08/02/2025  ELIANA CONSTANZA TELLO ZAMBRANO

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-01-27 17:08

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDRES	JOSE	GOMEZ	ÑUSTES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	86065219

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

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

Lugar de sede

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$46.888.223,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$46.888.223,00

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	$9.000,00

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 [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

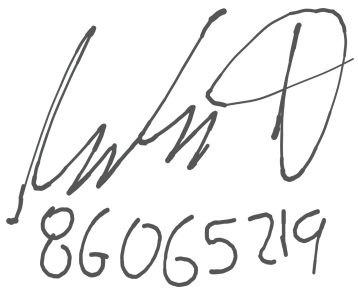
Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



VILLAVICEN, Enero 27 de 2025

Señor:
GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE
CC. 86065219
CL 12 54 33 - 2804017
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 10 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE	86065219	C	Feb-10-2010	117	77	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
CASULU BARAJAS JUAN JOSE	1120872861	T	May-8-2024	34	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GOMEZ ÑUSTES ALEJANDRO RENE	86047187	C	May-8-2024	34	26	OTROS	VIGENTE		Afiliación no efectiva mes mora 6	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALCALDIA DE VILLAVICENCIO	86065219	Dependiente	CERRADO
ALCALDIA DE VILLAVICENCIO	86065219	Dependiente	CERRADO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM	86065219	Dependiente	CERRADO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COFREM	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
CECAR	86065219	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE	86065219	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE	86065219	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el

personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE** identificado(a) con **CC** número **86.065.219** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de febrero de 2002 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025012717161

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.
Código Prestador:
No. Identificación: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

Fecha de Impresión: **2023/01/27 14:02:46**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 86065219**	Nro Historia:	**86065219**
Paciente:	**GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE**	Nro Ingreso:	**2023012702011**
Fecha Nac:	**1980/04/22**	Fecha Atención:	**2023-01-27 06:59:27.000**
Dirección:	**00**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**42 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Masculino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**CONTRATISTA**		

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
	PERFIL LIPIDICO		
QUÍMICA SANGUÍNEA			
COLESTEROL TOTAL	207	MG/DL	HASTA 200 MG/DL
COLESTEROL HDL	35	MG/DL	40 A 70 MG/DL
COLESTEROL LDL	145	MG/DL	HASTA 130 MG/DL
COLESTEROL VLDL	27	MG/DL	HASTA 3 MG/DL
TRIGLICÉRIDOS	133	MG/DL	HASTA 170 MG/DL
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
GLUCOSA EN SUERO	99	MG/DL	70 A 110 MG/DL
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA

Angela Maria Zarate Velasquez Zarate Velasquez
Cédula: 40403645
Registro Médico: 501028
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2023 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: **2023/01/27 14:02:22**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 86065219**	Nro Historia:	**86065219**
Paciente:	**GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE**	Nro Ingreso:	**2023012702011**
Fecha Nac:	**1980/04/22**	Fecha Atención:	**2023-01-27 06:59:27.000**
Dirección:	**00**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**42 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Masculino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**CONTRATISTA**		

Motivos

Motivo Consulta:

PARA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL POR INGRESO

Enfermedad Actual:

PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICO, NIEGA PATOLOGIAS O AFECIONES.

Antecedentes - Familiares

PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS		PADRE	MADRE	HRNOS	OTROS	
☐	☐	☑	☐	**Hipertensión Arterial**	☐	☐	☐	☐	**Glaucoma**
☑	☐	☐	☐	**Enfermedad coronaria / infarto agudo de miocardio**	☐	☐	☐	☐	**Sindrome Convulsivo**
☐	☐	☐	☐	**Enfermedad cerebrovascular**	☐	☐	☐	☐	**Tuberculosis**
☐	☐	☐	☐	**Alergías**	☐	☐	☐	☐	**Asma Bronquial**
☐	☐	☐	☐	**Diábetes**	☐	☐	☐	☐	**Obesidad**
☐	☐	☐	☐	**Artritis**	☐	☐	☐	☐	**Trastornos Metabolicos**
☐	☐	☐	☐	**Psiquiatricos**	☐	☐	☐	☐	**Enfermedades Gastrointestinales**
☐	☐	☐	☐	**Cancer**	☐	☐	☐	☐	**Trastornos Geneticos**
☐	☐	☐	☐	**Hipotiroidismo**	☐	☐	☐	☐	**Enfermedades Autoinmunes**
☐	☐	☐	☐	**Perdida Auditiva**	☐	☐	☐	☐	**Homicidio**
					☐	☐	☐	☐	**Suicidio**

Observaciones

NIEGA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica: Fisicamente Activo (a)

Atletismo	No Practica	NO REFIERE
Natacion	No Practica	NO REFIERE
Fútbol	No Practica	NO REFIERE
Ciclismo	No Practica	NO REFIERE
Motociclismo	No Practica	NO REFIERE
Baloncesto	No Practica	NO REFIERE

Otro CAMINATAS

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE

Otros habitos: NO REFIERE

Servicio Militar	Si	AUX POLICIA

Otros Extralaborales: NO REFIERE

Indice de Consumo de Drogas

Consume o ha consumido sustancias Psicoactivas

No — NO REFIERE

Consume o ha consumido sustancias Alucinógenas

No — NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

Alcoholismo

- [ ] Ha sentido usted que debe beber menos?
- [ ] Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez se ha sentido mal por su forma de beber?
- [ ] Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Nivel de Consumol: Ocasional

Observaciones: NO REFIERE

Neurologico

Epilepsia	No	NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No	NO REFIERE
Parkinson	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Cefalea / Migraña	No	NO REFIERE
Masas Cerebrales	No	NO REFIERE
Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Sinusitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE
Vertigo	No	NO REFIERE
Acufenos	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE
Glaucoma	No	NO REFIERE
Cataratas	No	NO REFIERE
Pterigio	No	NO REFIERE
Trauma Ocular	No	NO REFIERE
Patologia Visual	No	NO REFIERE
Rinitis	Si	NO REFIERE

Otitis	No	NO REFIERE
Otorrea	No	NO REFIERE
Otorragia	No	NO REFIERE
Prurito	No	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Tinnitus	No	NO REFIERE
Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE
Trauma Directo de Oido	No	NO REFIERE

Otros Traumaticos de Oido: NO REFIERE

Organos De los Sentidos: NO REFIERE

Sintomas de Oido	No	NO REFIERE
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

Alergias	No	NO REFIERE	Cancer	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	Otro	NO REFIERE	

Cardiovascular y Respiratorio

Infartos	No	NO REFIERE	Enf. Pulmonar Obstructiva Cronica	No	NO REFIERE
Valvulopatias	No	NO REFIERE	Hipertension Pulmonar	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE	Asma	No	NO REFIERE
Soplo Cardiaco	No	NO REFIERE	Bronquitis	No	NO REFIERE
Arritmia Cardiaca	No	NO REFIERE	Neumonia	No	NO REFIERE
			Silicosis	No	NO REFIERE
Cardiopatias	No	NO REFIERE	Sindrome de Apnea del Sueño	No	NO REFIERE
Antecedente Cerebro Vascular	No	NO REFIERE	Trombosis	No	NO REFIERE
Otros	NO REFIERE				

Gastro Intestinal

Reflujo Gastroesofagico	No	NO REFIERE	Estreñimiento	No	NO REFIERE
Enfermedad Acido Peptica	No	NO REFIERE	Hemorroides	No	NO REFIERE
Ulcera Gastrica	No	NO REFIERE	Sindrome Hiperemetico	No	NO REFIERE
Sindrome Colon Irritable	No	NO REFIERE	Calculos Vesicula	No	NO REFIERE
Hernias	No	NO REFIERE	otros	NO REFIERE	

Endocrino y Metabolico

Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE	Alteracion de Glicemia	No	NO REFIERE
Colesterol Elevado	No	NO REFIERE	Otros Patologicos	NO REFIERE	

Genito Urinario

Calculos Renales	No	NO REFIERE
Enfermedad Prostatica	No	NO REFIERE
Varicocele	No	NO REFIERE
Infeccion Vias Urinarias	No	NO REFIERE
Pielonefritis	No	NO REFIERE
Reflujo Vesico Uretral	No	NO REFIERE
otros	NO REFIERE	

Gineco Obstetricos

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE
Radiculopatia	No	SIN HALLAZGOS
Bursitis	No	NO REFIERE
Epicondilitis	No	NO REFIERE
Artrosis	No	NO REFIERE
Escoliosis	No	NO REFIERE
Retracciones Musculares	No	NO REFIERE
Malformaciones	No	NO REFIERE
Discopatias	No	NO REFIERE
Fibromialgia	No	NO REFIERE

Cervicalgia	No	NO REFIERE
Lumbalgia	No	NO REFIERE
Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Hombro doloroso	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Autoinmunes

Artritis	No	NO REFIERE
Lupus - Eritematoso sistemico	No	NO REFIERE
Sindrome Sjogren	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Enfermedad de Transmision Sexual

VIH	No	NO REFIERE
VPH	No	NO REFIERE
Sifilis	No	NO REFIERE
Blenorragia	No	NO REFIERE

otros NO REFIERE

Congenitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

Hepatitis	No	NO REFIERE
Dengue	No	NO REFIERE
Malaria	No	NO REFIERE
Fiebre Amarilla	No	NO REFIERE
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE

Otras NO REFIERE

Dermatologicos

Nevus	No	NO REFIERE
Micosis	No	NO REFIERE
Xerodermia	No	NO REFIERE
Dermatitis Atopica	No	NO REFIERE
Dermatitis de Contacto	No	NO REFIERE
Quemaduras	No	NO REFIERE

Otros NO REFIERE

Transfusiones

Descripcion NO REFIERE

Revision Por Sistemas

Sintomas Constitucionales	NO REFIERE	Sintomas Neurologicos	NO REFIERE
Sintomas Respiratorios	NO REFIERE	Sintomas Cardio Vasculares	NO REFIERE
Sintomas Gastro Intestinales	NO REFIERE	Sintomas Genito Urinarios	NO REFIERE
Sintomas Osteo Muscular	NO REFIERE	Sintomas Dermatologicos	NO REFIERE
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS		

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	Si	CX MAXILOFACIAL
Cirugia de Torax	No	NO REFIERE
Cirugia de Extremidades	No	NO REFIERE
Cirugia de Piel	No	NO REFIERE
Cirugia de Tiroides	No	NO REFIERE

Otros Quirurgicos
NO REFIERE

Farmacologicas

Medicamentos Ototoxicos:	No	NO REFIERE
Fármacos:	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales:	No	NO REFIERE

Observaciones: NO REFIERE

Psiquiatricos

Hipocondriasis	No	NO REFIERE
Transtornos Depresivos	No	NO REFIERE
Histeria	No	NO REFIERE
Paranoia	No	NO REFIERE
Desviacion Psicopatica	No	NO REFIERE
Psicastenia	No	NO REFIERE
Esquizofrenia y otros Transtornos Psicoticos	No	NO REFIERE
Hipomania	No	NO REFIERE
Transtornos de Ansiedad	No	NO REFIERE
Trastornos amnesicos y/o cognoscitivos	No	NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Inmunizaciones

#	Tipo de Vacuna	Fecha	Dosis	Fabricante	Esquema	Observaciones

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

NO REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Laboral

NO REFIERE ENFERMEDAD LABORAL

Examen Fisico

Signos Vitales

Consulta es Virtual

Peso	78	[Kg]
Talla	1.73	[Mts]
IMC	26.06	

Interpretacion: Sobrepeso

Perimetro Abdominal	98	[cm]
Frecuencia Cardiaca	70	[X min]
Frecuencia Respiratoria	18	[X min]
Temperatura	74	°C
Oximetría Cutanea	100	%SpO2
Tension Arterial	110/710	[mmhg/hg]
Lateralidad	Diestro	

Aspecto General

Descripcion aspecto general ALERTA, CONCIENTE ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS.

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas	Normal	SIN HALLAZGOS

Fondo de Ojo SIN HALLAZGOS

Oídos

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS

Otoscopia SIN HALLAZGOS

Observaciones Generales NINGUNA

Nariz

Tabique	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornetes	Normal	SIN HALLAZGOS
Narinas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosas	Normal	SIN HALLAZGOS

Boca

Labios	Normal	SIN HALLAZGOS
Dientes	Normal	SIN HALLAZGOS
Paladar	Normal	SIN HALLAZGOS
Lengua	Normal	SIN HALLAZGOS
Orofaringe	Normal	SIN HALLAZGOS

Cuello

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Hombro	Normal	SIN HALLAZGOS
Brazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Antebrazo	Normal	SIN HALLAZGOS

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	Lasegue, Bragard	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Genito Urinario

Genitales Externos SIN MASAS, NI HERNIAS

Extremidades Inferiores

Cadera	Normal	SIN HALLAZGOS
Muslo	Normal	SIN HALLAZGOS
Rodilla	Normal	SIN HALLAZGOS
Piernas	Normal	SIN HALLAZGOS
Tobillo	Normal	SIN HALLAZGOS
Pies	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de los Pies	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

Codo	Normal	SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal	SIN HALLAZGOS
Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Toráx

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Valoracion de mamas NO EXAMINADO

Abdomen

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Percusion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Valoracion SIN MASAS, NI HERNIAS

	Fuerza	Movilidad Articular
MMSS	Normal	Normal
MMII	Normal	Normal
Columna	Normal	Normal

Pruebas Semiologicas

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Muñeca

Signo de Tinel	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo de Phalen	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Lumbar

Hoover	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Lassegue	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Bragard	Negativo	SIN HALLAZGOS

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Miembro Inferior

Signo del Bostezo	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo del Cajon	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Mc Murray	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Neurologico

Componente Motor	Normal	SIN HALLAZGOS
Componente Sensitivo	Normal	SIN HALLAZGOS
Marcha	Normal	SIN HALLAZGOS
Coordinacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Reflejos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-20/20	-
Ojo Izquierdo:	-20/20	-
Ambos Ojos:	-20/20	-

Observaciones: NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-1.50M	-
Ojo Izquierdo:	-1.50M	-
Ambos Ojos:	-1.50M	-

Observaciones: NO REFIERE

Piel y Faneras

Piel	Normal	SIN HALLAZGOS
Uñas	Normal	SIN HALLAZGOS
Mucosa	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
PRESBICIA
Observaciones al Diagnostico

Resultado de la Visiometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Psicología Ocupacional

Concepto de Psicologia
NO REALIZADO
Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Descripción del GATI-SST
AUDICION NORMAL BILATERAL

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Prueba Psicosensométrica

Concepto Prueba Psicosensométrica
Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA	.		
OBSERVACIONES			
GLUCOSA EN SUERO	99	mg/dl	

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TÉCNICA	.		
COLESTEROL HDL	35	mg/dl	
COLESTEROL LDL	145	mg/dl	
COLESTEROL VLDL	27	mg/dl	
TRIGLICÉRIDOS	133	mg/dl	
COLESTEROL TOTAL	207	mg/dl	
OBSERVACIONES			

Analisis del Resultados de Laboratorios : SIN OBSERVACIONES

Diagnostico

Diagnostico 1: PRESBICIA

Diagnostico 2: AUMENTO ANORMAL DE PESO
Diagnostico 3: 0
Diagnostico 4: 0
Diagnostico 5: 0
Diagnostico 6: 0
Diagnostico 7: 0
Diagnostico 8: 0
Diagnostico 9: 0
Diagnostico 10: 0

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

- [ ] Control Cardiologia
- [ ] Control Nutricion
- [x] Control Optometria
- [ ] Cirugia General
- [ ] Control Ortopedia
- [ ] Otros
- [ ] Control Otorrinolaringologia
- [ ] Dermatologia
- [ ] Ginecologia
- [ ] Fisiatria
- [ ] Laboratorios
- [ ] Medicina General
- [ ] Neumologia
- [ ] Oftalmologia
- [ ] Medicina Interna
- [ ] Valoración por Odontología

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Uso de E.P.I.
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Preventivas

- [x] Osteomuscular
- [x] Visual
- [ ] Alturas
- [ ] Biologico
- [ ] Manipulacion de Alimentos
- [ ] Quimico
- [x] Cardiovascular y Metabolico
- [ ] Cuidado de la Voz
- [ ] Piel
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Respiratoria
- [ ] Temperaturas Extremas
- [x] Auditiva

Incluir en el SVE

- [x] Visual
- [ ] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Quimico
- [ ] Cardiovascular - Metabolico
- [ ] Psicosocial

Ocupacional - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual
- [ ] Confirmatoria

Limitaciones o restricciones:

-PACIENTE NO USA GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA
-SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO.
-INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISI CA MINIMO TRES VECES POR SEMANA.
-EN EL TRABAJO USO DE EPP

Recomendaciones para la empresa: NINGUNA

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Ingreso**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones al concepto: - PACIENTE NO USA GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA

Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo Osteomuscular**

CASO DESCARTADO

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

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





Nombre Profesional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro Profesional: 474902001

Licencia Profesional: 78592022

Nombre del Paciente: **ANDRES JOSE GOMEZ ÑUSTES**

Identificacion del Paciente: **CC - 86065219**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

Fecha de Impresión: **2023/01/27 14:02:09**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 86065219**	Nro Historia:	**86065219**
Paciente:	**GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE**	Nro Ingreso:	**2023012702011**
Fecha Nac:	**1980/04/22**	Fecha Atención:	**2023-01-27 06:59:27.000**
Dirección:	**00**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**42 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Masculino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**CONTRATISTA**		

Optometria - Anamnesis

EXAMEN DE INGRESO, NO USA RX ÓPTICA

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva	No	NO REFIERE
Catarata	No	NO REFIERE
Pterigio:	No	NO REFIERE
Otra:	NO REFIERE	

Usa correccion visual No - NO REFIERE

Permanente ☐ Lejos ☐ Cerca ☐ Descanso ☐

Ultimo Examen De 6 meses a 1 año

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	***Descripcion***
Glaucoma:	No	NO REFIERE
Cataratas:	No	NO REFIERE
Rinitis:	Si	NO REFIERE
Traumas Oculares::	No	NO REFIERE
Patologia Visual:	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

- ☐ Iluminacion inadecuada
- ☑ Usuario de computador
- ☐ Radiaciones Ultravioleta
- ☐ Cambios de temperatura
- ☐ Mala ventilacion
- ☐ Gases o humos toxicos

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

- ☐ Fotofobia
- ☐ Lagrimeo
- ☐ Ardor
- ☐ Ojo Rojo
- ☐ Vision Borrosa
- ☐ Vision Doble
- ☐ Mala Vision Cercana
- ☐ Mala Vision Lejana
- ☐ Cefalea

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	***Descripcion***
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	**Rx en Uso**	**Observaciones**
Ojo Derecho:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE

Optometria - Agudeza Visual

Visión Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	-20/20	-	NO REFIERE
Ojo izquierdo	-20/20	-	NO REFIERE
Ambos Ojos	-20/20	-	NO REFIERE
Observaciones	NO REFIERE		

Visión Próxima

	Sin Correccion
Ojo derecho	-1.50M
Ojo izquierdo	-1.50M
Ambos Ojos	-1.50M
Observaciones	NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	-NORMAL	-
Profundidad	-	-
Observaciones	NO REFIERE	

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia:	NORMAL
* Cover Test - Lejos:	ORTO
* Cover Test - Cerca:	EXO

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Ojo Izquierdo: MI APARENTEMENTE

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NE

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NO

Optometria - Refraccion

RX Final

	Esfera	Cilindro	Eje	v.Lejana	v.Proxima	PH
OD	NEUTRO	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO RE
OI	NEUTRO	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO RE

Adición de Lente:	OD:1.25 - OI:1.25
Altura Focal:	NO REFIEREmm
Tipo Lente:	NO REFIERE
Uso:	NO REFIERE
Observaciones:	NO REFIERE

Distan

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: PRESBICIA
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

- [ ] Se continúa com misma RX
- [ ] Se da Remisión
- [ ] Se da Tx Medicamentos
- [ ] Topografía Corneal
- [ ] Realizar prueba ambulatoria
- [ ] Se da Nuevo Control
- [x] No Requiere RX
- [ ] Requiere Nueva Rx
- [ ] Test de Farnsworth

Descripcion de la Conducta

NO REFIERE

Optometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [ ] Uso de AR video Terminales
- [x] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [x] Uso EPP Visual
- [x] Pausas Activas
- [ ] Uso de Rx para Vision Lejana
- [x] Uso de Rx para Vision Proxima
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO USA GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO D
SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Optometria - Remisiones

- [ ] Valoracion Oftalmologica
- [ ] Valoracion Ortoptica
- [ ] Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Bimensual
- [ ] Trimestral
- [ ] Semestral
- [x] Anual

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría No Interviene

* Descripcion de la observacion general
- SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO USA GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO
SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. E
consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No pue
vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo



Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ 0

Registro Profesional: 584



Nombre del Paciente: **ANDRES ' GOMEZ ÑUSTES**

Identificacion del Paciente: **CC - 86065219**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **No. Identificación:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRIA

Fecha de Impresión: **2023/01/27 14:01:59**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 86065219**	Nro Historia:	**86065219**
Paciente:	**GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE**	Nro Ingreso:	**2023012702011**
Fecha Nac:	**1980/04/22**	Fecha Atención:	**2023-01-27 06:59:27.000**
Dirección:	**00**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**42 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Masculino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**CONTRATISTA**		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	Presenta	Descripcion
Otitis	No	NO REFIERE
Sinusitis	No	NO REFIERE
Rinitis	Si	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acúfenos	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE
Otorrea	No	NO REFIERE
Otorragia	No	NO REFIERE
Prurito	No	NO REFIERE
Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Tinnitus	No	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	No	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

	Presenta	Descripcion
Sintomas Oído	No	NO REFIERE
Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	Si	AUX POLICIA
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

	Presenta	Descripcion
Parotiditis	No	NO REFIERE
Sarampión	No	NO REFIERE
Rubeola	No	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	No	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	Presenta	Descripcion
Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Trauma Directo	No	NO REFIERE
Trauma Acústico	No	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

	Presenta	Descripcion
Cirugia de Oído	No	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	No	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	Si	CX MAXILOFACIAL
Timpanoplastia	No	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	No	NO REFIERE
Fármacos	No	NO REFIERE
Tóxicos Industriales	No	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 0 a 6 meses	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE
Otros habitos	NO REFIERE	

Audiometria - Examen Fisico

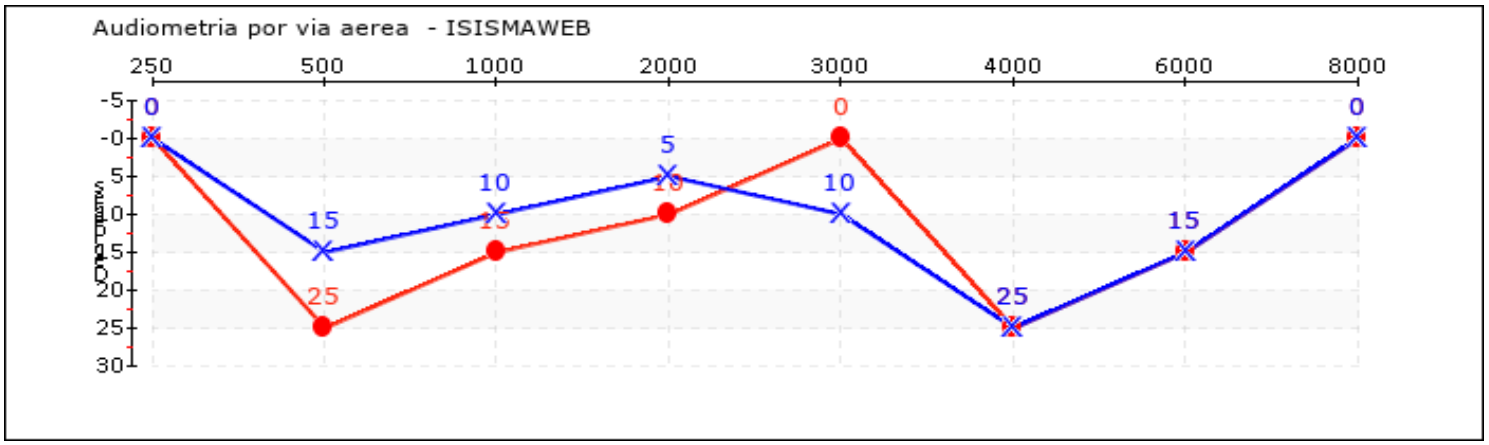
OIDO DERECHO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

OIDO IZQUIERDO

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otro	SIN HALLAZGOS	

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

PTA (5123)

OI 10 dB

OD 12.5 dB

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	25	15	10	0	25	15	0	**Derecho**
0	15	10	5	10	25	15	0	**Izquierdo**

Audiometría Previa
2021-06-08 07:44:12.000

Audiometria - Audiograma Anterior

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
15	15	15	15	15	15	20	10	**Derecho**
10	10	15	15	15	20	25	15	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Diferencia

Cambio Significativo: No

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
0	0	0	0	0	0	0	0	**Derecho**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**
=	=	=	=	=	=	=	=	STS

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Lavado de Oido
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Limpieza OI
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Elemento de proteccion

Audiometria - Controles

- [ ] Mensual
- [ ] Trimestral
- [x] Anual
- [ ] Bimensual
- [ ] Semestral
- [ ] Audiometría Confirmatoria

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnostico Interno	AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SST	AUDICION NORMAL BILATERAL
Diagnostico Rel 1	
Diagnostico Rel 2	
Diagnostico Rel 3	
Diagnostico Bilateral	AUDICION NORMAL BILATERAL
Diagnostico O.D	AUDICION NORMAL OD
Diagnostico O.I	AUDICION NORMAL OI

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: Normal

* Descripcion del Resultado general

AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO

Consentimiento Informado del Trabajador

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

Daniela Guerrero A



Nombre Profesional: DANIELA GUERRERO ALVAREZ

Registro Profesional: 1102883825

Nombre del Paciente: **ANDRES JOSE GOMEZ ÑUSTES**

Identificacion del Paciente: **CC - 86065219**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

No. Identificación 901200839-9

Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA

Telefono: 6668018-3176678051

Email: gerencia@integrarips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2023/01/27	Nro Ingreso:	2023012702011
Paciente:	ANDRES JOSE GOMEZ ÑUSTES	CC:	86065219
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	PARTICULAR
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONTRATISTA	Convenio:	PARTICULAR
Orígen:	INDEPENDIENTE	Destino:	INDEPENDIENTE
Fecha Atención:	2023-01-27 06:59:27		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA OPTOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	- PACIENTE NO USA GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares **CASO DESCARTADO**

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

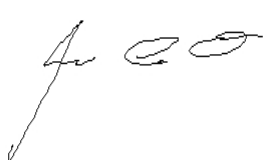
Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Específicas

-PACIENTE NO USA GAFAS, REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA -SE SUGIERE VALORACION POR NUTRICION PARA DISMINUIR DE PESO. -INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA, EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. -EN EL TRABAJO USO DE EPP

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S..





Profesional Ocupacional: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0
Registro M.D: 474902001
Licencia S.O: 78592022

Firma del Paciente: ANDRES JOSE GOMEZ ÑUSTES
Identificacion: CC. - 86065219

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES

CERTIFICADO DE REGISTRO
INDUSTRIA Y COMERCIO

www.villavicencio.gov.co @villavoalcaldia
Código Postal 500.001

FECHA: 27/01/2025

No. 25180110000502

La suscrita Directora Técnica de la Dirección de Impuestos Municipales de la **Alcaldía de Villavicencio - Meta**:

CERTIFICA:

Que verificado en la base de datos del Sistema se encontró inscrito el siguiente Contribuyente:

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

1. Número de Identificación Tributaria	D.V.	2. Tipo de Contribuyente	3. Régimen
86065219	8	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
27/04/2017	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	86065219	ANDRES JOSE GOMEZ ÑUSTES

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CALLE 16 N? 37 J 79 LOCAL 2

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	

17. Correo Electrónico	18. Teléfono	19. Código Postal
ANGO_80@HOTMAIL.COM	3212001561	50001

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	0	4761	01/11/2016
Actividad Secundaría	0	4719	01/11/2016
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

Matricula M.	Nombre del Establecimiento	Dirección	Fecha de Apertura	Fecha de Cierre
304303	PAPELERIA Y CACHARRERIA LA UNICA	CALLE 16 N? 37 J 79 LOCAL 2	01/11/2016	

Se expide el **27 de enero del 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

MYRIAM LUCÍA FRANCO RUIZ
Directora Técnica de Impuestos Municipales
Esta firma tiene validez de conformidad con el Decreto 2150 de 1995, autorizada por la Resolución No. 089 de 2018, modificada por la Resolución No. 189 de 2021

Proyectó: JLGIL

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

NIT: 892.099.324-3

FORMULARIO DE NOVEDADES DE INDUSTRIA Y COMERCIO

FECHA: 27/01/2025

No. 25360110000390

INFORMACIÓN GENERAL

1. Tipo de Novedad	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil
ACTUALIZACIÓN PORTAL	16/08/2016		

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

5. Tipo de Documento	6. No. de Documento	7. D.V.	8. Tipo de Persona	9. Régimen Industria y Comercio
CC	86065219	8	NATURAL	Común () – Simplificado(X)

10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente: GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE

11. ¿Gran Contribuyente?	12. ¿Agente Retenedor?	13. ¿Contribuyente Temporal?	14. ¿Declara Alumbrado?

REPRESENTANTES LEGALES

Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL

15. Tipo de Documento	16. No. de Documento	17. Nombres y Apellidos	18. Tarjeta Profesional
CC			

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

19. Dirección Fiscal	20. Departamento	21. Ciudad o Municipio
CALLE 17 # 37K - 12, URBANIZACION GUATIQUI	META	VILLAVICENCIO

22. Barrio	23. Correo Electrónico	24. Teléfono	25. Celular
GUATIQUIA	ANGO_80@HOTMAIL.COM	3212001561	3212001561

ACTIVIDADES ECONOMICA

Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8541-0	EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL	05/02/2018	
0-4761		01/11/2016	
8543-0	Educación de instituciones universitarias o de escuelas tecnológicas	05/02/2018	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre	Dirección	Teléfono	Fecha Apertura	Fecha Cierre
PAPELERIA Y CACHARRERIA LA UNICA	CALLE 16 N? 37 J 79 LOCAL 2	3212001561	01/11/2016	01/08/2023

Al firmar declaro que toda la información proporcionada con este formulario es verdadera y completa.
He leído y acepto los términos y condiciones del manejo de datos y la notificación por correos electrónicos.

Representante Legal o Propietario

Nombre: GOMEZ ÑUSTES ANDRES JOSE
No. Identificación: 86065219

Código de Verificación

** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 86065219 - FECHA: 27/01/2025 **