



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SOTO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DÍAZ	NOMBRES MARIA CRISTINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1120368592	SEXO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 12 MES 09 AÑO 1992 PAÍS COLOMBIA DEPTO META MUNICIPIO GRANADA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TROCHA 5 PAÍS COLOMBIA DEPTO META MUNICIPIO GRANADA TELÉFONO 3118875443 EMAIL sotocrismaria30@gmail.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		BÁSICA SECUNDARIA
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2015
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								
PREGRADO	4	X		PRODUCCION AGROPECUARIA	02	2016								
PREGRADO	4	X		TECNOLOGO EN PRODUCCION AGRICOLA	10	2019								
PREGRADO	10	X		AGRONOMIA	03	2023								

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
sena	EDUCACIÓN INFORMAL		X		agricola	12	2019

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

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 GRANADA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3142182061	FECHA DE INGRESO											
	Día	08	Mes	02	Año	2024	Día	13	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUTOR	DEPENDENCIA AGRICOLA-DOCENCIA			DIRECCIÓN AVENIDA null null null km 12 via san juan de arama								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 3103437195	FECHA DE INGRESO											
	Día	01	Mes	03	Año	2023	Día	31	Mes	07	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVA	DEPENDENCIA ADMINISTRACION			DIRECCIÓN AVENIDA 12 15 null								

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
---	--------------	---------	------------------

DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO GRANADA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
3103437195	FECHA DE INGRESO											
	Día	01	Mes	02	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADOR DE CAMPO	DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE CAMPO			DIRECCIÓN								

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

TELÉFONOS

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				

DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO GRANADA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3103437195		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	26	Mes	01	Año	2021	Día	31	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TRABAJADOR DE CAMPO		DEPENDENCIA ACTIVIDADES DE CAMPO					DIRECCIÓN						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO GRANADA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3203008242		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	11	Año	2020	Día	30	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN AVENIDA 12 15 null						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META SENA LOS NARANJOS				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO GRANADA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3203008242		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	05	Año	2019	Día	31	Mes	10	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRACION					DIRECCIÓN km 12 via san juan de arama						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE													
INSTITUCIÓN EDUCATIVA funrevida				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3222914983		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día:	01	Mes:	11	Año:	2019	Día:	30	Mes:	10	Año:	2020
ÁREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES		NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERAB B ESTE - 43B ESTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA OTRA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO GRANADA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3125879204			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	01	Mes:	06	Año:	2022	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CALLE 11 - 15 36						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO NUEVA GRANADA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO GRANADA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3118875443			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	22	Mes:	06	Año:	2022	Día:	30	Mes:	09	Año:	2023
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERA 16B BIS B ESTE 10B 37 ESTE						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVIVIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO GRANADA					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 3118875443			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día:	09	Mes:	08	Año:	2023	Día:	19	Mes:	12	Año:	2023
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN VIA SAN JUAN DE ARAMA						

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	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	6
EXPERIENCIA DOCENTE	3	7

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 INCOMPATIBILIDAD 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

Granada-Meta

01/02/2025

Cristina Soto Diaz

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Granada-Meta

01/02/2025

Ciudad y fecha



ELIANA CONSTANZA TELLO ZAMBRANO

08/02/2025

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CRISTINA	SOTO	DIAZ

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1120368592"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="META"/>	Municipio <input type="text" value="GRANADA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="META"/>	Municipio <input type="text" value="GRANADA"/>	

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	<input type="text" value="SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="BOGOTÁ. D.C."/>	Municipio <input type="text" value="BOGOTÁ. D.C."/>
Dirección	<input "="" "]="" 57="" 69="" 8="" calle="" n="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="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	\$40.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	
Arriendos	\$4.000.000,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$44.000.000,00

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

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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

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 ☒

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:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FORMULARIO No.

Número de Radicación

Fecha de Radicación

27 01 2025

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite:		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☒		B. Reporte de Novedad ☐		A. Contributivo ☒	
B. Reporte de Novedad ☐		C. Colectiva ☐		B. Subsidiado ☐	
C. Beneficiario ☐		D. De Oficio ☐		Código (a registrar por la EPS)	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante			
A. Cotizante ☒		A. Dependiente ☐		B. Independiente ☒	
B. Cabeza de Familia ☐		B. Independiente ☒		C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres completos			
Solo Dora Maria Cristina			
7. Tipo documento de identidad			
CC			
8. Número de documento de identidad			
1120368597			
9. Sexo			
Femenino ☒ Masculino ☐			
10. Fecha de nacimiento			
12 09 1992			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo F N M		Condición T P			
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingresos base de cotización - IBC			
Positiva		Dorvenir		1500.000			
18. Residencia		311 8875443		3222914983		Sobrevivencia 3000 mil	
Dirección		Teléfono		Teléfono celular		Correo electrónico	
Granada-Meta		Urbana ☐		Urbana ☒		Meta	
Municipio/Distrito		Zona		Localidad/Comuna		Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo documento de identidad			
21. Número de documento de identidad			
22. Sexo			
Femenino ☐ Masculino ☐			
23. Fecha de nacimiento			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
25. Tipo de documento de identidad			
26. Número de documento de identidad			
27. Sexo			
Femenino ☐ Masculino ☐			
28. Fecha de nacimiento			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad	
				Tipo F N M Condición T P	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia			
Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
Multisalud Granada IPS			
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)	
Cristina Soto Ruiz				1120368597			

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SOTO DIAZ MARIA CRISTINA** identificado(a) con **CC** número **1.120.368.592** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de octubre de 2020 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 10 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

2025011021165



Información General

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2022/08/27	Nro Ingreso:	20220827020132 / PRINCIPAL
Paciente:	MARIA CRISTINA SOTO DIAZ	Origen:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC:	1120368592	Destino:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Edad:	29 años	Cargo:	TRABAJADOR DE CAMPO
Género:	Femenino	Fecha Ingreso:	2022-08-27 08:40:34
Tipo Evaluación:	EXAMEN INGRESO	Fecha Salida:	2022-08-27 11:57:58



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS

AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA

LABORATORIO CLINICO

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A
ORINA
PERFIL LIPIDICO

COMPLEMENTARIOS

CONSULTA POR ESPIROMETRIA-
VALORACION PULMONAR

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SIN OBSERVACIÓN

ENFASIS - ANEXO PARA TRABAJO EN
ALTURAS:

Apto para trabajar en alturas

Nota: Para Trabajar en alturas es necesario previa verificación de certificación en alturas RESOLUCION 1409 DE 2012

ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:

Definición de caso para el SVE desordenes Osteomusculares

CASO DESCARTADO

Recomendaciones Generales

- | | | |
|--|--|--|
| ☒ Examen Periodico Ocupacional | ☐ Realizacion Pruebas Complementarias | ☐ Continuar Manejo Medico |
| ☒ Pausas Activas | ☒ Uso de E.P.P. | |
| ☒ Higiene Postural | ☐ Remitir a EPS | |

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS PARA BAJAR DE PESO. EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA TRES VECES POR SEMANA. USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD Y DE PROTECCION PERSONAL.

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: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO O
 Registro M.D: 688591999
 Licencia S.O: 0801-11



Firma del Paciente: MARIA CRISTINA SOTO DIAZ
 Identificación: CC. - 1120368592

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com



INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: NIT: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe

Fecha de Impresión: **2022/08/27 12:02:50**
 Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

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

Datos del Paciente

Identificación: CC - 1120368592
Paciente: SOTO DIAZ MARIA CRISTINA
Fecha Nac: 1992/09/12
Dirección: TROCHA 5
Edad: 29 años
Teléfono:
Nombre del Cargo: TRABAJADOR DE CAMPO

Nro Historia: 1120368592
Nro Ingreso: 20220827020132
Fecha Ingreso: 2022-08-27 08:40:34.000
Tipo de Evaluación: Ingreso
Enfasis: Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular

Antecedentes - Familiares

P M H O
A A R T
D D N
R R O
E E S S

- ☐ ☐ ☐ ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ ☐ ☐ ☐ Enfermedad coronaria / infarto agudo de miocardio
- ☐ ☐ ☐ ☐ Enfermedad cerebrovascular
- ☐ ☐ ☐ ☐ Alergias
- ☐ ☐ ☐ ☐ Diabetes
- ☐ ☐ ☐ ☐ Artritis
- ☐ ☐ ☐ ☐ Psiquiátricos
- ☐ ☐ ☐ ☐ Cancer
- ☐ ☐ ☐ ☐ Hipotiroidismo
- ☐ ☐ ☐ ☐ Perdida Auditiva

P M H O
A A R T
D D N
R R O
E E S S

- ☐ ☐ ☐ ☐ Glaucoma
- ☐ ☐ ☐ ☐ Síndrome Convulsivo
- ☐ ☐ ☐ ☐ Tuberculosis
- ☐ ☐ ☐ ☐ Asma Bronquial
- ☐ ☐ ☐ ☐ Obesidad
- ☐ ☐ ☐ ☐ Trastornos Metabólicos
- ☐ ☐ ☐ ☐ Enfermedades Gastrointestinales
- ☐ ☐ ☐ ☐ Trastornos Genéticos
- ☐ ☐ ☐ ☐ Enfermedades Autoinmunes
- ☐ ☐ ☐ ☐ Homicidio
- ☐ ☐ ☐ ☐ Suicidio

Observaciones

NIEGA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica **Sedentario (a)** ▼

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 Consumo: Ocasional

Observaciones: NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo **No fuma** ▼

Otro NO REFIERE

Tejo **No Practica** ▼ NO REFIEREPoligono **No Practica** ▼ NO REFIEREMusica a Alto Volumen **No Practica** ▼ NO REFIEREWalkman, Ipod, Mp3, Mp4 **No Practica** ▼ NO REFIERE

Otros habitos: NO REFIERE

Observaciones: NO REFIERE

Servicio Militar **No** ▼ NO REFIERE

Otros Extralaborales: NO REFIERE

Neurologico

Epilepsia **No** ▼ NO REFIERESindrome Convulsivo **No** ▼ NO REFIEREParkinson **No** ▼ NO REFIERE

Otros: NO REFIERE(imprime 235)

Cefalea / Migraña **[Seleccione]** ▼ NO REFIEREMasas Cerebrales **No** ▼ NO REFIERETrauma Craneoencefálico **No** ▼ NO REFIEREEventos Cerebrovasculares **No** ▼ NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Sinusitis **No** ▼ NO REFIEREOtalgia **No** ▼ NO REFIEREVertigo **No** ▼ NO REFIEREAcufenos **No** ▼ NO REFIEREEnfermedades Virales **No** ▼ NO REFIEREGlaucoma **No** ▼ NO REFIERECataratas **No** ▼ NO REFIEREPterigio **No** ▼ NO REFIERETrauma Ocular **No** ▼ NO REFIEREPatologia Visual **No** ▼ NO REFIERERinitis **No** ▼ NO REFIEREOtitis **No** ▼ NO REFIEREOtorrea **No** ▼ NO REFIEREOtorragia **No** ▼ NO REFIEREPrurito **No** ▼ NO REFIERESensación de Oído Tapado **No** ▼ NO REFIERETinnitus **No** ▼ NO REFIERETrastorno Auditivo **No** ▼ NO REFIERE

Otros Otológicos NO REFIERE

Síntomas de Oído **No** ▼ NO REFIERESíntomas Nariz **No** ▼ NO REFIERESíntomas Garganta **No** ▼ NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

Alergias **No** ▼ NO REFIEREEnfermedades Virales **No** ▼ NO REFIERECancer **No** ▼ NO REFIERE

Otro NO REFIERE

Cardiovascular y Respiratorio

Infartos	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Enf. Pulmonar Obstructiva Cronica	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Valvulopatias	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Hipertension Pulmonar	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Hipertension Arterial	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Asma	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Soplo Cardiac	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Bronquitis	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Arritmia Cardiac	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Neumonia	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
				Silicosis	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Cardiopatias	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Sindrome de Apnea del Sueño	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Antecedente Cerebro Vascular	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Trombosis	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Otros	NO REFIERE						

Gastro Intestinal

Reflujo Gastroesofagico	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Estreñimiento	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Enfermedad Acido Peptica	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Hemorroides	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Ulcera Gastrica	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Sindrome Hiperemetico	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Sindrome Colon Irritable	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Calculos Vesicula	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Hernias	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	otros	NO REFIERE		

Endocrino y Metabolico

Alteración de Tiroides	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE	Alteracion de Glicemia	<input type="text" value="No"/>	▼	NO REFIERE
Colesterol Elevado	<input type="text" value="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

Menarquia	14	Hijos Vivos	2
Ciclos	Regular	FUR	00 Sin Informacion Sin Informacion
Gestaciones	2	FUP	00 Sin Informacion Sin Informacion
Partos	2	Planifica	No
Abortos	0	Metodo de planificacion	NINGUNO
Cesáreas	0	Fecha ultima citologia	Sin Informacion Sin Informacion
Mortinatos 0		Tipo de resultado	NORMAL NO REFIERE
Observacion	NO REFIERE		

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE	Cervicalgia	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE	Lumbalgia	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE	Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE	Hombro doloroso	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE	Otro	NO REFIERE	
Radiculopatía	No	NO EXAMINADO			
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			

Autoinmunes

Artritis	<div>No</div>	NO REFIERE
Lupus - Eritematoso sistémico	<div>No</div>	NO REFIERE
Síndrome Sjögren	<div>No</div>	NO REFIERE
Otros: NO REFIERE		

Congenitas

Labio y/o Paladar hendido	<div>No</div>	NO REFIERE
Otra: NO REFIERE		

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

Hepatitis	<div>No</div>	NO REFIERE
Dengue	<div>No</div>	NO REFIERE
Malaria	<div>No</div>	NO REFIERE
Fiebre Amarilla	<div>No</div>	NO REFIERE
Parotiditis	<div>No</div>	NO REFIERE
Sarampión	<div>No</div>	NO REFIERE
Rubeola	<div>No</div>	NO REFIERE
Otras NO REFIERE		

Enfermedad de Transmisión Sexual

VIH	<div>No</div>	NO REFIERE
VPH	<div>No</div>	NO REFIERE
Sífilis	<div>No</div>	NO REFIERE
Blenorragia	<div>No</div>	NO REFIERE
otros NO REFIERE		

Dermatológicos

Nevus	<div>No</div>	NO REFIERE
Micosis	<div>No</div>	NO REFIERE
Xerodermia	<div>No</div>	NO REFIERE
Dermatitis Atópica	<div>No</div>	NO REFIERE
Dermatitis de Contacto	<div>No</div>	NO REFIERE
Quemaduras	<div>No</div>	NO REFIERE
Otros NO REFIERE		

Transfusiones

Descripción	NO REFIERE
-------------	------------

Revisión Por Sistemas

Síntomas Constitucionales SIN HALLAZGOS	Síntomas Neurológicos SIN HALLAZGOS
Síntomas Respiratorios SIN HALLAZGOS	Síntomas Cardio Vasculares SIN HALLAZGOS
Síntomas Gastro Intestinales SIN HALLAZGOS	Síntomas Genito Urinarios SIN HALLAZGOS
Síntomas Osteo Muscular SIN HALLAZGOS	Síntomas Dermatológicos SIN HALLAZGOS
Síntomas de los Organos de Los Sentidos SIN HALLAZGOS	

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	No	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	No	NO REFIERE
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

Hipocondrias	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	

Antecedentes Ocupacionales

Inmunizaciones

Hepatitis B:	[Seleccione]	Sin Informacion	NO PRESENTA
Tetanos:	[Seleccione]	Sin Informacion	NO PRESENTA
Fiebre amarilla:	[Seleccione]	Sin Informacion	NO PRESENTA
Influenza:	[Seleccione]	Sin Informacion	NO PRESENTA
Otros:	[Seleccione]	Sin Informacion	NO PRESENTA

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

Enfermedad Laboral

Examen Fisico

Signos Vitales

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatía	☐ Lasegue	NO EXAMINADO
	☐ Braga	
Observaciones	SIN OBSERVACION	

Peso 67	[Kg]
Talla 1.57	[Mts]
IMC 27.18	
Interpretacion: Sobrepeso	
Perimetro Abdominal 0	[cm]
Frecuencia Cardiaca 76	[X min]
Frecuencia Respiratoria 18	[X min]
Temperatura 37	°C
Oximetría Cutanea 0	%SpO2
Tension Arterial 110/60	[mmhg/hg]
Lateralidad	<div>Diestro</div>

Aspecto General

Descripcion aspecto general	BUENO
-----------------------------	-------

Cabeza

Cuero Cabelludo	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Cara	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Alopécico	<div>[Seleccione]</div>	
Seborrea	<div>[Seleccione]</div>	

Ojos

Parpados	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Escleras	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Pupilas	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Fondo de Ojo	NO EXAMINADO	

Oídos

Pabellon Auricular	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	<div>Normal</div>	NO EXAMINADO
Otoscopia	NO EXAMINADO	
Observaciones Generales	NINGUNA	

Nariz

Tabique	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Cornetes	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Narinas	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Mucosas	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS

Boca

Labios	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Dientes	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Paladar	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Lengua	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Orofaringe	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Genito Urinario

Genitales Externos	NO EXAMINADO
--------------------	--------------

Extremidades Inferiores

Cadera	<div>Normal</div>	SIN OBSERVACIONES
Muslo	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Rodilla	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Piernas	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Tobillo	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Pies	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Dedos de los Pies	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	<div>Normal</div>	Normal
Observaciones	SIN OBSERVACIONES	

Osteomuscular

	Fuerza	Movilidad Articular
MMSS	<div>Normal</div>	<div>Normal</div>
MMII	<div>Normal</div>	<div>Normal</div>
Columna	<div>Normal</div>	<div>Normal</div>

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Prueba de Jobe	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Maniobra de Patte	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Prueba de Gerber	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Prueba de Thompson	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Prueba para la Epitrocleitis	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO

Muñeca

Signo de Tinel	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Signo de Phalen	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Prueba de Finkelstein	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO

Lumbar

Hoover	<div>Negativo</div>	NO REALIZADO
Signo de Lassegue	<div>Negativo</div>	NO REALIZADO
Signo de Bragard	<div>Negativo</div>	NO REALIZADO

Cadera

Prueba Trendelenburg	<div>Negativo</div>	NO REALIZADO
Observaciones	SIN OBSERVACIONES	

Hombro	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Brazo	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Antebrazo	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Codo	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Muñeca	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Mano	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Observaciones SIN OBSERVACIONES		

Cardio Pulmonar

Inspeccion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Palpacion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Percusion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS

Toráx

Inspeccion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Palpacion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Percusion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Valoracion de mamas NO EXAMINADO		

Abdomen

Inspeccion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Palpacion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Percusion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Valoracion NORMAL. (NO VALORABLE POR QUE TRAE FAJA)		

Piel y Faneras		
Piel	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Uñas	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Mucosa	<div>Normal</div>	SIN HALLAZGOS
Observaciones SIN HALLAZGOS		

Paraclinicos

Miembro Inferior		
Signo del Bostezo	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Signo del Cajon	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO
Mc Murray	<div>Negativo Ambos</div>	NO REALIZADO

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:	-0.50M	-
Ojo Izquierdo:	-0.50M	-
Ambos Ojos:	-0.50M	-
Observaciones: NO REFIERE		

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Psicología

Concepto de Psicología
[Seleccione] 
Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Observaciones Generales
AUDICION NORMAL

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado Psicosensométrico

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
COLESTEROL HDL	46	mg/dl	40 a 70 mg/dl
COLESTEROL LDL	120	mg/dl	Hasta 130 mg/dl
COLESTEROL VLDL	27	mg/dl	Hasta 3 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	133	mg/dl	Hasta 170 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	193	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES	.		

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
OBSERVACIONES	.		.
GLUCOSA EN SUERO	88	mg/dl	70 a 110 mg/dl

Diagnostico

Diagnostico 1: AUMENTO ANORMAL DE PESO

Diagnostico 2:
Diagnostico 3:
Diagnostico 4:
Diagnostico 5:
Diagnostico 6:
Diagnostico 7:
Diagnostico 8:
Diagnostico 9:
Diagnostico 10:

Observaciones al
Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

- ☐ Control Cardiologia
- ☐ Control Nutricion
- ☐ Control Optometria
- ☐ Control Ortopedia
- ☐ Control Otorrinolaringologia
- ☐ Dermatologia
- ☐ Ginecologia
- ☐ Laboratorios
- ☐ Medicina General
- ☐ Neumologia
- ☐ Oftalmologia

Recomendaciones Generales: NINGUNA Recomendaciones Para el Paciente:

Recomendaciones

- | Recomendaciones Generales | Recomendacion Preventivas | Incluir en el SVE |
|--|--|---------------------------------------|
| ☒ Examen Periodico Ocupacional | ☐ Osteomuscular | ☐ Visual |
| ☒ Uso de E.P.P. | ☐ Visual | ☐ Auditiva |
| ☒ Pausas Activas | ☐ Alturas | ☐ Respiratorio |
| ☒ Manejo de cargas o Posturas | ☐ Biologico | ☐ Ergonomico |
| ☐ Realizacion Pruebas Complementarias | ☐ Manipulacion de Alimentos | ☐ Quimico |
| ☐ Quimico | ☐ Cardiovascular | |
| ☐ Remitir a EPS | ☐ Cardiovascular y Metabolico | |
| ☐ Continuar Manejo Medico | ☐ Cuidado de la Voz | |
| ☐ Psicolaboral | ☐ Piel | |
| | ☐ Espacios Confinados | |
| | ☐ Respiratoria | |
| | ☐ Temperaturas Extremas | |
| | ☐ Auditiva | |

Ocupacional - Controles

- ☐ Mensual
- ☐ Bimensual
- ☐ Trimestral
- ☐ Semestral
- ☒ Anual
- ☐ Confirmatoria

Recomendaciones Especificas:

HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS PARA BAJAR DE PESO.
EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA TRES VECES POR SEMANA.
USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD Y DE PROTECCION PERSONAL.

ClasificaciónConcepto por Tipo de Evaluación - **Ingreso**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO ▼

Observaciones al concepto: SIN OBSERVACIÓN

Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo para trabajo en alturas**

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ▼

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

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: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO O

Registro Profesional: 688591999

Nombre del Paciente: **MARIA CRISTINA SOTO DIAZ**Identificación del Paciente: **CC - 1120368592**

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

**INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.**

Código del Prestador: NIT: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe

Fecha de Impresión: **2022/08/27 12:02:37**
Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

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

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1120368592	Nro Historia:	1120368592
Paciente:	SOTO DIAZ MARIA CRISTINA	Nro Ingreso:	20220827020132
Fecha Nac:	1992/09/12	Fecha Ingreso:	2022-08-27 08:40:34.000
Dirección:	TROCHA 5	Tipo de Evaluación:	Ingreso
Edad:	29 años	Enfasis:	Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	TRABAJADOR DE CAMPO		

Optometria - Anamnesis

EXAMEN DE INGRESO, USA RX OPTICA DE DESCANSO

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 ☐Ocasional ☐

Ultimo Examen De 0 a 6 meses ▼

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	Descripción
Glaucoma: No		NO REFIERE
Cataratas: No		NO REFIERE
Rinitis: No		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	☒ Cambios de temperatura
☒ Usuario de computador	☐ Mala ventilacion
☒ Radiaciones Ultravioleta	☐ 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

☐ Cansancio

☐ Dolor

☐ Secreción

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

Vision 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

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo derecho	-0.50M	-
Ojo izquierdo	-0.50M	-
Ambos Ojos	-0.50M	-

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: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO
--	--

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO

Ojo Izquierdo: NEUTRO

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL

Ojo Izquierdo: NORMAL

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D	NEUTRO	ADD+	NO APLICA	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE
O.I	NEUTRO	ADD+	NO APLICA	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

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

☒ No Requiere RX

☐ Requiere Nueva Rx

☐ Test de Farnsworth

Optometria - Recomendaciones

☐ Debe usar correccion visual para trabajar

☒ Uso EPP Visual

☐ Uso de Rx para Vision Proxima

☐ PyP

☐ Uso de AR video Terminales

☐ Pausas Activas

☐ Uso de Rx de Descanso

☐ Lubricante Ocular

☒ Uso de Lentes de Proteccion Solar

☐ Uso de Rx para Vision Lejana

☐ Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE NO REQUIERE USO DE CORRECCIÓN OPTICA - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REAL ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES - USAR LUBRICANTE OCULAR

Optometria - Remisiones

☐ Valoracion Oftalmologica

☐ Valoracion Ortoptica

☐ Valoracion Lentes de Contacto

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

☐ Mensual

☐ Bimensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☒ Anual

☐ Confirmatoria

Optometria - Resultado

Resultado de Optometría Normal

* Descripcion de la observacion general

NO REFIERE

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 pro 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 q 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 e 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 co valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ O

Registro Profesional: 584

Nombre del Paciente: **MARIA ' SOTO DIAZ**

Identificacion del Paciente: **CC - 1120368592**

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



INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: NIT: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Web: integrarsalud.isismaweb.com
Email: gerencia@integrarips.com

Descripción del Informe

Fecha de Impresión: **2022/08/27 12:02:23**
 Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

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

Datos del Paciente

Identificación: CC - 1120368592
Paciente: SOTO DIAZ MARIA CRISTINA
Fecha Nac: 1992/09/12
Dirección: TROCHA 5
Edad: 29 años
Teléfono:
Nombre del Cargo: TRABAJADOR DE CAMPO

Nro Historia: 1120368592
Nro Ingreso: 20220827020132
Fecha Ingreso: 2022-08-27 08:40:34.000
Tipo de Evaluación: Ingreso
Enfasis: Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	Presenta	Descripcion
Otitis	no	NO REFIERE
Sinusitis	no	NO REFIERE
Rinitis	no	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 Oído Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	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

Sintomaticos

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

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	no	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

	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	no	NO REFIERE
Timpanoplastia	no	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	Presenta	Descripcion
Medicamentos Ototoxicos	no	NO REFIERE
Fármacos Tóxicos Industriales	no	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 6 a 1 año	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

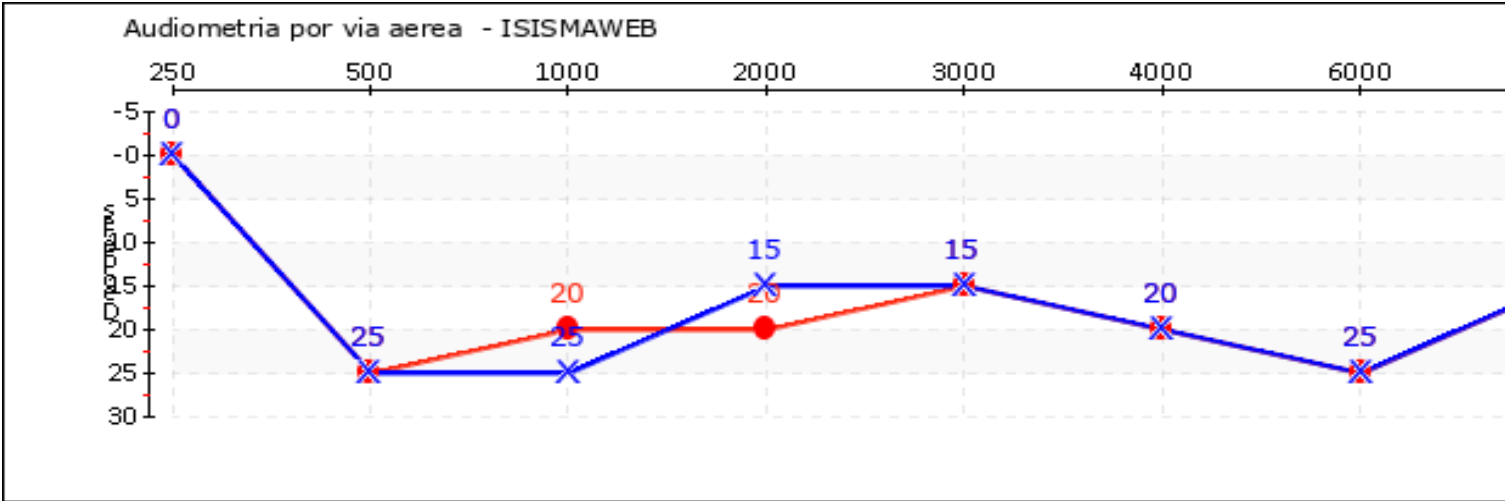
Audiometria - Habitos

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

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen

Via Aerea

☒ Aerea - OD

☒ Aerea - OI

☒ Aerea Enmascarada - OD

☒ Aerea Enmascarada - OI

☒ Osea - OD

☒ Osea - OI

☒ Osea Enmascarada - OD

☒ Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI 20 dB

OD 20 dB

Audiometría Previa

1900-01-01T00:00:00

Frecuencias								
250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oído
0	25	20	20	15	20	25	15	Derecho
0	25	25	15	15	20	25	15	Izquierdo

Audiometria - Audiograma Anterior

Cambio Significativo

No

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oído
0	0	0	0	0	0	0	0	Derecho
0	0	0	0	0	0	0	0	Izquierdo

Audiometria - Audiograma Diferencia

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oído
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 | ☐ Pruebas Complementarias | ☐ Reposo auditivo Extralaboral |
| ☐ Rotar Diadema Telefonica | ☐ Remision a Medicina Laboral | ☐ Limpieza OD |
| ☐ Control segun PVE | ☐ Uso de EPP Auditivo | ☐ Limpieza OI |
| ☐ Auditiva segun PVE | ☐ Elemento de proteccion | ☐ Lavado de Oido |
| ☐ Pausa Auditiva | ☐ Conducir con ventanas cerradas | |

Audiometria - Controles

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Mensual | ☐ Bimensual |
| ☐ Trimestral | ☐ Semestral |
| ☐ Anual | ☐ Audiometría Confirmatoria |

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Diagnostico Interno AUDICION NORMAL BILATERAL

Descripción del GATI-SO AUDICION NORMAL

Diagnostico Rel 1

Diagnostico Rel 2

Diagnostico Rel 3

Diagnostico Bilateral AUDICION NORMAL BILATERAL Control Anual Pausas Auditivas

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 Pausas Auditivas

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 pro 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 q 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 prev 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 rea que lo requiera.

Nombre Profesional: LEIDY JANETH SANABRIA SABOGAL 0

Registro Profesional: 1603514

Nombre del Paciente: **MARIA CRISTINA SOTO DIAZ**

Identificacion del Paciente: **CC - 1120368592**

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



ALCALDIA DE GRANADA
SECRETARIA DE HACIENDA

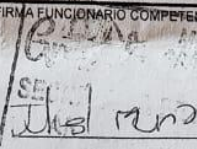
FORMULARIO DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE
INDUSTRIA Y COMERCIO

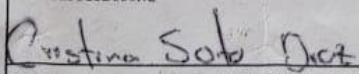
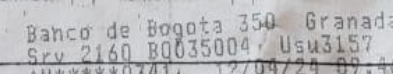
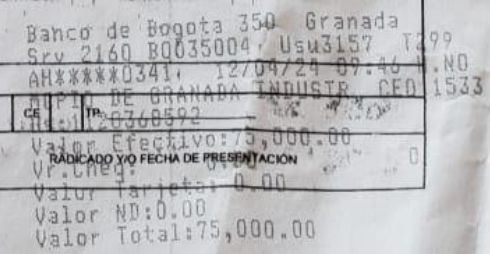
FECHA DE INICIO ACTIVIDADES	1	2	2022
	DIA	MES	AÑO

FECHA PRESENTACION	31	8	2022
	DIA	MES	AÑO

D A T O S G E N E R A L E S	TIPO DE CONTRIBUYENTE		
	PERSONA NATURAL x PERSONA JURIDICA QTRA		
	NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACION
	SOTO DIAZ MARIA CRISTINA		1.120.368.592
	DIRECCION PARA NOTIFICACION	CIUDAD	TELEFONO
	TROCHA 5	GRANADA	3118875443
	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		CORREO ELECTRONICO
SIN ESTABLECIMIENTO		mcs029@misena.edu.co	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO		BARRIO	
NOMBRE PRESENTANTE LEGAL (JURIDICAS)		IDENTIFICACION	
SOTO DIAZ MARIA CRISTINA		1.120.368.592	

A C T I V I D A D E S	COO. ACTIVIDAD ECONOMICA MPIO	DESCRIPCION ACTIVIDAD
	8299	Otras actividades servicios de apoyo a las empresas n.c.p.

F I R M A S	CONTRIBUYENTE / REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA FUNCIONARIO COMPETENTE
	Cristina Soto Diaz 1120369592	 SECRETARIA DE HACIENDA

		FORMULARIO ÚNICO NACIONAL DE DECLARACIÓN Y PAGO DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO						
MUNICIPIO O DISTRITO: GRANADA		Fecha máxima presentación: 12/04/2024						
DEPARTAMENTO: META								
AÑO GRAVABLE: 2023		SOLAMENTE PARA BOGOTÁ, marque el Bimestre o periodo anual ene-feb. mar-abr. may-jun. jul-ago. sep-oct. nov-dic. Anual						
OPCIÓN DE USO: DECLARACIÓN INICIAL ☒ SOLO PAGO ☐ CORRECCIÓN ☐		Declaración que corrige No. _____ Fecha: dd/mm/aaaa						
A. INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE	1	NOMBRES Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL: MARIA CRISTINA SOTO DIAZ						
	2	CC ☒ NIT ☐ TI ☐	No. 1.120.368.592		Es consorcio o Unión Temp. ☐		Realiza actividades a través de Pat. Aut. ☐	
	3	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: PUNTA BRAVA						
	4	MUNICIPIO O DISTRITO DE LA DIRECCIÓN: GRANADA					DEPARTAMENTO: META	
B. BASE GRAVABLE	5	TELÉFONO: 3118878443 5. CORREO ELECTRÓNICO: Mcsoto@sena.edu.co					6. No. DE ESTABLECIMIENTOS: 0	7. CLASIFICACIÓN: SERVICIOS
	8	TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DEL PERIODO EN TODO EL PAÍS					26.160.000	
	9	MENOS INGRESOS FUERA DE ESTE MUNICIPIO O DISTRITO					0	
	10	TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS EN ESTE MUNICIPIO (REGLÓN 8 MENOS 9)					26.160.000	
	11	MENOS INGRESOS POR DEVOLUCIONES, REBAJAS, DESCUENTOS					0	
	12	MENOS INGRESOS POR EXPORTACIONES					0	
	13	MENOS INGRESOS POR VENTA DE ACTIVOS FIJOS					0	
C. DISCRIMINACIÓN DE ACTIVIDADES GRAVADAS	14	MENOS INGRESOS POR ACTIVIDADES EXCLUIDAS O NO SUJETAS Y OTROS INGRESOS NO GRAVADOS					0	
	15	MENOS INGRESOS POR OTRAS ACTIVIDADES EXENTAS EN ESTE MUNICIPIO (POR ACUERDO)					0	
	16	TOTAL INGRESOS GRAVABLES (REGLÓN 10 MENOS 11, 12, 13, 14 Y 15)					26.160.000	
	ACTIVIDADES GRAVADAS		CODIGO	INGRESOS GRAVADOS		TARIFA (por ml)	IMPUESTO	
	ACTIVIDAD 1 (PRINCIPAL)		8299	26.160.000		6	157000	
	ACTIVIDAD 2						0	
	ACTIVIDAD 3						0	
D. LIQUIDACIÓN PRIVADA	ACTIVIDAD 4						0	
	OTRAS ACTIVIDADES		VER DESAGREGACIÓN			NA	0	
	TOTAL INGRESOS GRAVADOS					17. TOTAL IMPUESTO	157000	
	18. GENERACIÓN DE ENERGÍA		CAPACIDAD INSTALADA	Kw		19. IMP. LEY 56 DE 1981	0	
	20. TOTAL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (Reglón 17+19)						157.000	
	21. IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS (15% del renglón 20)						0	
	22. PAGO POR UNIDADES COMERCIALES ADICIONALES DEL SECTOR FINANCIERO						0	
	23. SOBRETASA BOMBERIL (5% renglón 20)						8.000	
	24. SOBRETASA DE SEGURIDAD (Ley 1421 de 2011)						0	
	25. TOTAL IMPUESTO A CARGO (Reglón 20+21+22+23+24)						165.000	
E. PAGO	26. MENOS VALOR DE EXENCIÓN O EXONERACIÓN SOBRE EL IMPUESTO Y NO SOBRE LOS INGRESOS						0	
	27. MENOS RETENCIONES que le practicaron a favor de este municipio o distrito en este periodo						90.000	
	28. MENOS AUTORETENCIONES practicadas a favor de este municipio o distrito en este periodo						0	
	29. MENOS ANTICIPO LIQUIDADO EN EL AÑO ANTERIOR (VER LIQUIDACIÓN AÑO ANTERIOR, REGLÓN 30)						0	
	30. ANTICIPO DEL AÑO SIGUIENTE						0	
	31. SANCIONES: EXTEMPORANEIDAD ☐ CORRECCIÓN ☐ INEXACTITUD ☐ OTRA ☐ Cuál: _____						0	
	32. MENOS SALDO A FAVOR DEL PERIODO ANTERIOR SIN SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN O COMPENSACIÓN						0	
	33. TOTAL SALDO A CARGO (Reglón 25-26-27-28-29+30+31-32)						75.000	
	34. TOTAL SALDO A FAVOR (Reglón 25-26-27-28-29+30+31-32) si el resultado es menor a cero						0	
	35. VALOR A PAGAR						75.000	
F. FIRMAS	36. DESCUENTO POR PRONTO PAGO (No aplica para el municipio)						0	
	37. INTERESES DE MORA						0	
	38. TOTAL A PAGAR (Reglón 35-36+37)						75.000	
SECCIÓN PAGO VOLUNTARIO		39	LIQUIDE EL VALOR DEL PAGO VOLUNTARIO (Según instrucciones del Municipio/distrito). No aplica el Municipio				0	
		40	TOTAL A PAGAR CON PAGO VOLUNTARIO (Reglón 38+39)				75.000	
		Destino de mi aporte voluntario: _____						
F. FIRMAS	FIRMA DEL DECLARANTE			FIRMA DEL CONTADOR			REVISOR FISCAL	
								
	NOMBRE: MARIA CRISTINA SOTO DIAZ			NOMBRE: _____				
		CC ☒ CE ☐ TI ☐	No. 1.120.368.592	CC ☐ CE ☐ TI ☐				
		ESPACIO PARA CÓDIGO DE BARRAS						

