CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **Fernando Uribe Vidal** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **19477318,** está registrado(a) en el PBS DE EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19477318
NOMBRES Y APELLIDOS	Fernando Uribe Vidal
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2013
FECHA RETIRO EPS SURA	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	467
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	51
EMPLEADOR(ES)	59 Independiente con Contrato de Prestación de Servicios Superior a 1 mes Desde 01/05/2024 - Vigente

Generado por annyalfr 21/01/2025

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

Colpensiones

El futuro es de todos

RADICADO 0

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICADO DE NO PENSIÓN

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, el(la) señor(a) **FERNANDO URIBE VIDAL** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **19477318, NO FIGURA** percibiendo pensión por parte de esta Administradora.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 21 de enero de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

El futuro es de todos — Presidencia de la República

RADICADO 0

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACIÓN INDEMNIZACIÓN Y/O PAGO ÚNICO

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **FERNANDO URIBE VIDAL** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **19477318**, esta Administradora mediante resolución No. **212350** de **2024** le concedió **INDEMNIZACIÓN SUSTITUTIVA VEJEZ.**

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 21 de enero de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

57362-T

FERNANDO
URIBE VIDAL
C.C. 19477318
RES. INSCRIPCION 212 DEL 23/12/1997
UNIVERSIDAD CENTRAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

244605 65569

Identificación Plástica S.A. 170014/0117

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

Certificación Bancaria

Martes, 21 de enero de 2025

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **FERNANDO URIBE VIDAL** identificado(a) con CC. **19477318** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	159-222367-44	2021/06/03	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Santiago Valencia Calderón
Líder Area de Conocimiento Autoservicios

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento de Banca

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.665.741				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	11/10/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 19.477.318	**EDAD**	62	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	URIBE VIDAL FERNANDO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUTOR DE CONTABILIDAD		

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto con restricciones para el cargo **Vigencia de las restricciones:** 3 Meses	NA

RESTRICCIONES

EVITAR EXPONER A RUIDOS MAYOR DE 85 DB. USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE

OBSERVACIONES

DISMINUIR DE PESO. HACER SEGUIMIENTO EPS MEDICINA GRAL, NUTRICION, ENDOCRINOLOGIA: MANEJO DIETARIO Y COMPENSACION DE PESO. INICIAR SEGUIMIENTO EPS POR AUDIOLOGIA CLINICA Y OTORRINOLARINGOLOGIA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - PREVENIR EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA O DISPOSITIVOS AUDITIVOS DE INSERCIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - RETOMAR SEGUIMIENTO MEDICO POR PARTE DE MEDICO TRATANTE - CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MEDICO PERTINENTE - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - EVITAR EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS ALERGÉNICAS DERMATOLÓGICAS - CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL CON HIDRATACIÓN TÓPICA FRECUENTE - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - POR AUDIOLOGIA OCUPACIONAL - EXÁMENES COMPLEMENTARIOS - BATERIA DE EXAMENES BASICOS DE AUDICION - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL,EVITAR RUIDOS FUERTES,MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE AUDÍFONOS DE RECREACIÓN - REMISIÓN A OTORRINO - VALORACIÓN Y CONCEPTO POR EPS - VALORACIÓN CLINICA AUDIOLÓGICA - ESTUDIO CLINICO AUDITIVO COMPLETO EN EPS PARA DETERMINAR HALLAZGOS AUDITIVOS BILATERALMENTE.

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR

ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.665.741				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	11/10/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 19.477.318	**EDAD**	62	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	URIBE VIDAL FERNANDO				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	INSTRUTOR DE CONTABILIDAD		

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo URIBE VIDAL FERNANDO identificado con CC No. 19.477.318. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Laura C. Salazar Hdz.
Médico Especialista en S.O
C.M: 11 110 33 / 2011
Resolución 11751/2015

DRA LAURA SALAZAR LSO 11751

Aspirante o trabajador

CC. 19.477.318

SEÑOR(A):
URIBE VIDAL FERNANDO
CC.: 19477318

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 11 DE OCTUBRE DE 2024 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - RETOMAR SEGUIMIENTO MEDICO POR PARTE DE MEDICO TRATANTE - CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MEDICO PERTINENTE - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - EVITAR EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS ALERGÉNICAS DERMATOLÓGICAS - CUIDADOS GENERALES DE LA PIEL CON HIDRATACIÓN TÓPICA FRECUENTE - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

· CONTROL EN UN AÑO - POR AUDIOLOGIA OCUPACIONAL - EXÁMENES COMPLEMENTARIOS - BATERIA DE EXAMENES BASICOS DE AUDICION - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL,EVITAR RUIDOS FUERTES,MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE AUDÍFONOS DE RECREACIÓN - REMISIÓN A OTORRINO - VALORACIÓN Y CONCEPTO POR EPS - VALORACIÓN CLINICA AUDIOLÓGICA - ESTUDIO CLINICO AUDITIVO COMPLETO EN EPS PARA DETERMINAR HALLAZGOS AUDITIVOS BILATERALMENTE.

· REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

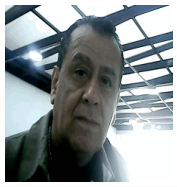
· DISMINUIR DE PESO. HACER SEGUIMIENTO EPS MEDICINA GRAL, NUTRICION, ENDOCRINOLOGIA: MANEJO DIETARIO Y COMPENSACION DE PESO. INICIAR SEGUIMIENTO EPS POR AUDIOLOGIA CLINICA Y OTORRINOLARINGOLOGIA

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

URIBE VIDAL FERNANDO
CC.: 19477318

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES URIBE VIDAL FERNANDO
FECHA 11/10/2024

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.19477318 **FEC. NACIMIENTO:** 10/03/1962 **EDAD:** 62 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SEPARADO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3058743174
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** KR 69A 64F 34 APTO 401 ENGATIVA , BOG
CORREO: FERNANDOURIBE2024@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SURA **ARL:** POSITIVA **PENSIONES:** NO REFIERE

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUTOR DE CONTABILIDAD
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: DAR CLASES PRESENCIALES DE CONTABILIDAD EN EL SENA.

AUDIOMETRIA

FECHA ÚLTIMO EXAMEN: **ANTIGUEDAD EN EL OFICIO:** Años: 10 - Meses: 0
¿EXPOSICIÓN RUIDO LABORAL?: NO
¿USO DE EPA?: NO
¿CALL CENTER?: NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:

Evento	¿Oido D?	¿Oido I?	Observaciones
Otros	SI	SI	NO REFIERE NINGUNO
Oye en conversación co	SI	SI	NORMAL AMBOS OIDOS
Tiene reposo auditivo	SI	SI	16 HORAS

ANTECEDENTES EXTRALABORALES:

Hábitos	Observaciones
Audífonos	2 HORAS AL DIA BILATERAL VOLUMEN 510/ TELEFONO OIDO IZQUIERDO
Otros	CONDUCE VEHICULO CON VENTANA CERRADA DESDE 1990

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enfermedad	¿Personal	¿Familiar?	Detalle
Otros	SI	SI	NO REFIERE OTRO ANTECEDENTE PERSONAL NI FAMILIAR

OTROS ANTECEDENTES:
NO REFIERE

EXAMEN AUDIOMETRICO:

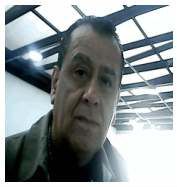
OBSERVACIONES OI: PABELLON AURICULAR: NORMAL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO: LIBRE DE CERUMEN MEMBRANA TIMPANICA: VISIBLE E INTEGRA	**OBSERVACIONES OD:** PABELLON AURICULAR: NORMAL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO: LIBRE DE CERUMEN MEMBRANA TIMPANICA: VISIBLE E INTEGRA

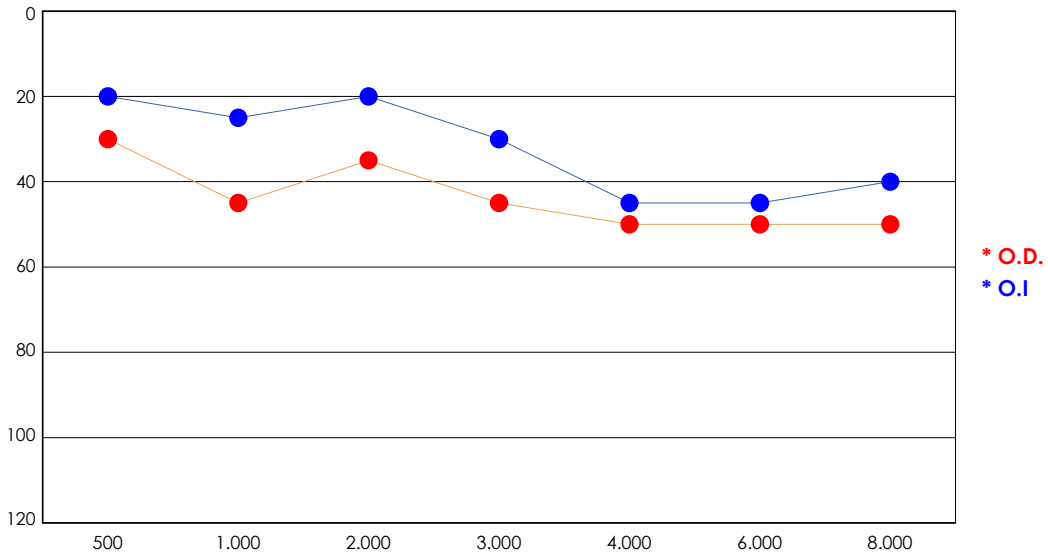
HZ	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PTA
OIDO DERECHO	30	45	35	45	50	50	50	40,00
OIDO IZQUIERDO	20	25	20	30	45	45	40	27,50

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES URIBE VIDAL FERNANDO
FECHA 11/10/2024





IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Código	Descripción
H919	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA

OBSERVACIONES AUDIOMETRIA:

OIO DERECHO: DESCENSO LEVE EN 500HZ Y 2000HZ, MODERADO EN 1000HZ, 3000HZ A 8000HZ
OIDO IZQUIERDO: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA FUNCIONAL PARA FRECUENCIAS DE 500HZ A 2000HZ, DESCENSO LEVE EN 3000HZ Y 8000HZ, MODERADO EN 4000HZ Y 6000HZ

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA:

CONTROL EN UN AÑO - POR AUDIOLOGIA OCUPACIONAL - EXÁMENES COMPLEMENTARIOS - BATERIA DE EXAMENES BASICOS DE AUDICION - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL,EVITAR RUIDOS FUERTES,MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE AUDÍFONOS DE RECREACIÓN - REMISIÓN A OTORRINO - VALORACIÓN Y CONCEPTO POR EPS - VALORACIÓN CLINICA AUDIOLÓGICA - ESTUDIO CLINICO AUDITIVO COMPLETO EN EPS PARA DETERMINAR HALLAZGOS AUDITIVOS BILATERALMENTE.

Consentimiento informado

Yo URIBE VIDAL FERNANDO identificado con CC.19477318. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

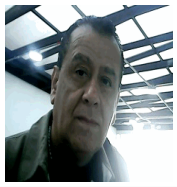
DRA. ALEJANDRA CARRILLO FELIZZOLA - LIC. SO 8127/15

Aspirante o trabajador

CC.19477318

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES URIBE VIDAL FERNANDO
FECHA 11/10/2024

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.19477318 **FEC. NACIMIENTO:** 10/03/1962 **EDAD:** 62 **SEXO:** M **PER. A CARGO:** 0
ESTADO CIVIL: SEPARADO **ESCOLARIDAD:** UNIVERSITARIO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3058743174
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** KR 69A 64F 34 APTO 401 ENGATIVA , BOG
CORREO: FERNANDOURIBE2024@GMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: SURA **ARL:** POSITIVA **PENSIONES:** NO REFIERE

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OPERATIVO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: INSTRUTOR DE CONTABILIDAD
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: DAR CLASES PRESENCIALES DE CONTABILIDAD EN EL SENA.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: NINGUNO

FAMILIARES: NINGUNO

OCULARES: USA GAFAS PARA VISION LEJANA

OTROS: PACIENTE ATENDIDO SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: INSTRUCTOR **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 10 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 05/02/2020
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: SI **¿HACE CUÁNTO?:** Años: 10 - Meses: 0
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: 05/02/2020 **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** SI
TIPO DE CORRECIÓN: MONOFOCAL **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** SI
FORMA DE USO:
PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (SI) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	CON ACTUAL RX OPTICA

LENSOMETRIA O.D - O.I.: -2.50	**TIPO DE LENTE OD - OI:** MONOFOCAL RAYADO	**ADD O.D - O.I:** 0

AGUDEZA VISUAL:

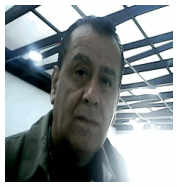
VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/100	20/70	20/CD/1	20/400	20/70	20/	20/800	20/

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/PL	20/PL	20/PL	20/

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES URIBE VIDAL FERNANDO
FECHA 11/10/2024



EXAMEN EXTERNO

OD: PTERIGION NASAL GRADO I	**OI:** PTERIGION NASAL GRADO 1

COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[ANORMAL]* PAPILA Y FONDO DE OJO PALIDOS

PIN HOLE

OD: 20/25-	**OI:** CUENTA DEDOS

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[ANORMAL]* 400 SEG ARCO CC **SEGUNDOS/ARCO:** 400

INTERPRETACIÓN	NIVEL VISUAL DISMINUIDO DE LEJOS POR OD Y PROFUNDAMENTYE DISMINUIDO DE LEJOS POR OI CON ACTUAL CORRECCION OPTICA PARA VISION LEJANA Y DISMINUIDO DE CERCA POR OD Y PROFUNDAMENTE DISMINUIDO DE CERCA POR OI SIN CORREGIR. ESTEREOPSIS ALTERADA. PH OD 20/25 OI CUENTA DEDOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
H110	PTERIGION
H522	ASTIGMATISMO
H524	PRESBICIA
H530	AMBLIOPIA EX ANOPSIA
H533	OTROS TRASTORNOS DE LA VISION BINOCULAR

RECOMENDACIONES	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 - REMISION VALORACION OPTOMETRIA ACTUALIZAR CORRECCION EN USO - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

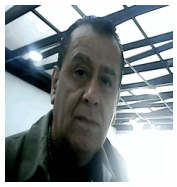
OTRA RECOMENDACIÓN	PACIENTE CON OJO UNICO FUNCIONAL OD QUE REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA PROGRESIVA. SE SOLICITA VALORACION OFTALMOLOGICA DE SEGMENTO POSTERIOR OI PARA DEFINIR CONDUCTA VISUAL DE ESTE OJO. NO REALIZAR TAREAS QUE REQUIERAN ESTEREOPSIS FINA.

REMITIDO A:	CONTROL OPTOMETRIA	**CAUSA REMISIÓN:**	ACTUALIZAR CORRECCION OPTICA PROGRESIVA DE USO PERMANENTE.

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE CALLE 26
NOMBRES URIBE VIDAL FERNANDO
FECHA 11/10/2024



Consentimiento informado

Yo URIBE VIDAL FERNANDO identificado con CC.19477318. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Diana Elizabeth Parra Pineda
OPTÓMETRA U. DE LA SALLE
T.P. 39778608 - REG. 0694 C.T.P.O.
Especialista Salud Ocupacional
Lic. 11406 del 01/10/2018

DRA. DIANA ELIZABETH PARRA PINEDA - LSO 11406 01/10/2018

Aspirante o trabajador

CC.19477318

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.477.318

URIBE VIDAL

APELLIDOS

FERNANDO

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1962

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

02-SEP-1980 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00424325-M-0019477318-20130205 0032376500A 1 1572204360

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160168695

(415)7707212489984(8020) 000014116016869 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 4 7 7 3 1 8	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 4 7 7 3 1 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URIBE	VIDAL	FERNANDO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 69 A 64 F 34

42. Correo electrónico: fernandouribe2024@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 5 8 7 4 3 1 7 4	3 2 1 9 8 4 8 4 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
6 9 2 0	2 0 0 5 0 6 3 0	8 5 4 1	2 0 0 9 0 2 0 2	8 5 4 2		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre URIBE VIDAL FERNANDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:22/01/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 19477318	FERNANDO URIBE VIDAL

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 53 71C 24 Teléfonos:

Dirección electrónica: fernandouribe2024@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 28/02/2018 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 69202 - Actividades de contabilidad, teneduría de libros, auditoría financiera y asesoría tributaria en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 85232 - Educación de formación laboral

Actividad 3: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 4: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 5: 8544 - Educación de universidades

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que el señor FERNANDO URIBE VIDAL identificado con Cédula de Ciudadanía 19477318, se inscribió en nuestro servicio el día 26/11/2009.

El presente certificado se genera el día 22/01/2025, por solicitud del interesado.

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

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	2025-01-21 08:38

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FERNANDO		URIBE	VIDAL

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	19477318

Lugar de nacimiento

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

Lugar de domicilio

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

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	$48.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$48.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$9.800,00

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:

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
FERNANDO URIBE VIDAL CEDULA DE CIUDADANIA - 19477318	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	CONTRATISTA	PERIÓDICO	**2345259-01** Declaración inicial	2025-01-21 08:38	FINALIZADO
FERNANDO URIBE VIDAL CEDULA DE CIUDADANIA - 19477318	Declaración Ley 2013 de 2019	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	CONTRATISTA	INGRESO	**2059219-01** Declaración inicial	2024-10-15 17:00	FINALIZADO

FORMATO COMPLETO

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*
Uribe	Vidal	Fernando

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 19477318	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO E311648 D.M. 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 03 AÑO 1962

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 69 A - 64 34 APARTAMENTO 401

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO EMAIL fernandouribe2024@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*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	1979

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	11	X		CONTADURIA PUBLICA	12	1996	57362-T

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 COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5961600	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 N 60 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE HACIENDA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2929500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año*	2002	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 30 25 90						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	25	*Mes:*	01	*Año:*	2010	*Día:*	14	*Mes:*	11	*Año:*	2016
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN*						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	12	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	12	3
EXPERIENCIA DOCENTE	6	9

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI__NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Bogotá, D.C. 21 de enero de 2025*

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.

BOGOTA 21/01/2025

Ciudad y fecha

Juan Carlos Castillo Ramirez

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS