FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BRAND	TOBON	PAULA JOSEFINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 43200080	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 01 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 81A 49A 64 casa segundo piso calasanz medellin

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

TELÉFONO 5780511 EMAIL pajobra@yahoo.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°	11°	MES	12	AÑO	1992
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	1	X			05	2012	
PREGRADO	3	X		TECNOLOGIA EN MERCADEO	11	1900	NO
PREGRADO	4	X			11	2008	NO
PREGRADO	9	X		ASISTENCIA ADMINISTRATIVA	12	2008	
PREGRADO	5	X		ADMINISTRACION COMERCIAL Y DE MERCADEO	11	2011	NO

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)

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*
INGLÉS	X			X			X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3155152652	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 287 INSTRUCTORA	*DEPENDENCIA* APOYO DE EMPRENDIMIENTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 67 104 null pedregla						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3151512652	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR CONTRATISCA	*DEPENDENCIA* AREA DE EMPRENDIMIENTO					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 104 69 120 diagonal 104#69- 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* ADECUACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 104 69 120						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOPITAL LOCAL SANTA CATALINA DE SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* UNIDAD EMPRENDIMIENTO SENA					*DIRECCIÓN* CALLE 104 65 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CDHC			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4442800	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EMPRENDIMIENTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 104 69 120						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149299	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EMPRENDIMIENTO					*DIRECCIÓN* PEDREGAL						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO - SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO - SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2016	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* LINEA GESTION ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2015	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	01	*Año* 2013	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	01	*Año*	2011	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2009	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FORMACION					*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2008	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INSTRUCTOR					*DIRECCIÓN* CALLE 63N 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	03	*Año*	2007	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CENTRO TECNOLOGICO DEL MOBILIARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ITAGÜÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5149290	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	03	*Año*	2007	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EDUCACION					*DIRECCIÓN* CALLE 63 58B 03						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ	CORREO ELECTRÓNICO:									
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 21	Mes: 03	Año: 2007		FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 12	Año: 2007		
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO	DIRECCIÓN:									

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ	CORREO ELECTRÓNICO:									
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 08	Mes: 02	Año: 2008		FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 12	Año: 2008		
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO	DIRECCIÓN:									

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ	CORREO ELECTRÓNICO:									
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 15	Mes: 01	Año: 2009		FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 12	Año: 2009		
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO	DIRECCIÓN:									

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ	CORREO ELECTRÓNICO:									
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 19	Mes: 01	Año: 2010		FECHA DE RETIRO	Día: 31	Mes: 12	Año: 2010		
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO	DIRECCIÓN:									

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ	CORREO ELECTRÓNICO:									
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 17	Mes: 01	Año: 2011		FECHA DE RETIRO	Día: 15	Mes: 12	Año: 2011		
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO	DIRECCIÓN:									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	18	Mes:	01	Año:	2012	Día:	14	Mes:	12	Año: 2012
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	14	Mes:	01	Año:	2013	Día:	13	Mes:	12	Año: 2013
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	20	Mes:	01	Año:	2014	Día:	15	Mes:	12	Año: 2014
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	02	Mes:	02	Año:	2015	Día:	18	Mes:	12	Año: 2015
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: FUNDACION UNIVERSITARIA ESUMER			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	29	Mes:	02	Año:	2016	Día:	15	Mes:	12	Año: 2016
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO				DIRECCIÓN:						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: ITAGÜÍ				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	23	Mes:	01	Año: 2017	Día:	19	Mes:	12	Año:	2017
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: FUNDACION UNIVERSITARIA ESUMER			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	29	Mes:	01	Año: 2018	Día:	13	Mes:	12	Año:	2018
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: FUNDACION UNIVERSITARIA ESUMER			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	11	Mes:	02	Año: 2019	Día:	20	Mes:	12	Año:	2019
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	13	Mes:	02	Año: 2020	Día:	04	Mes:	07	Año:	2020
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO				DIRECCIÓN:						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: sena CHDC			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 4442800	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	15	Mes:	02	Año: 2021	Día:	22	Mes:	12	Año:	2021
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO				DIRECCIÓN: CALLE 104 - 65 120						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN			CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	15	Mes: 02	Año:	2021		Día: 18	Mes: 12	Año:	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO: ADMINISTRACION	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO			DIRECCIÓN							
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: L SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN			CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	02	Mes: 02	Año:	2022		Día: 18	Mes: 12	Año:	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO			DIRECCIÓN: CARRERA 104 - 69 120							
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: ELSERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		PÚBLICA: X	PRIVADA	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA	MUNICIPIO: MEDELLÍN			CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS: 3155152652	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	01	Mes: 02	Año:	2023		Día: 15	Mes: 12	Año:	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO			DIRECCIÓN: DIAGONAL 104 69 120 diagonal 104 69 120							

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	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	13	0
EXPERIENCIA DOCENTE	14	6

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

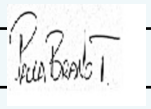
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO 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 2 de febrero 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

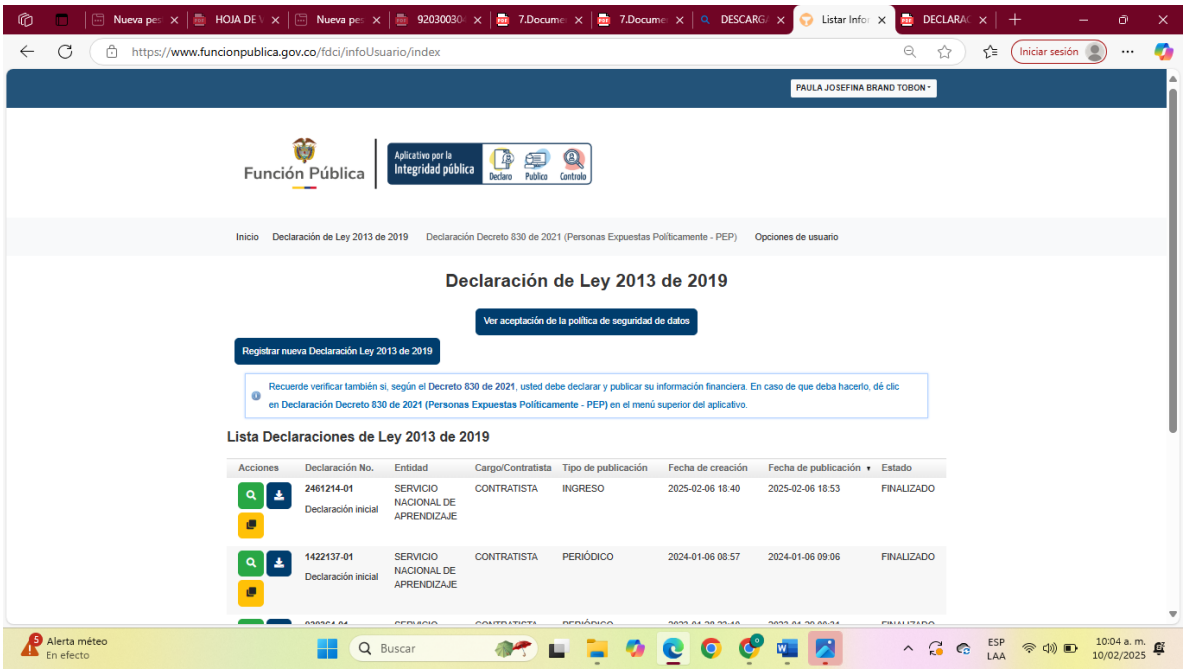
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Medellin, 13 de febrero de 2025

Ciudad y fecha



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS


https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/infoUsuario/index
Iniciar sesión
PAULA JOSEFINA BRAND TOBON
Función Pública
Aplicativo por la Integridad pública
Declaro
Publico
Controlo
Inicio
Declaración de Ley 2013 de 2019
Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)
Opciones de usuario
Declaración de Ley 2013 de 2019
Ver aceptación de la política de seguridad de datos
Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019
Recuerde verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) en el menú superior del aplicativo.
Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019
Acciones
Declaración No.
Entidad
Cargo/Contratista
Tipo de publicación
Fecha de creación
Fecha de publicación
Estado
2461214-01
Declaración inicial
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CONTRATISTA
INGRESO
2025-02-06 18:40
2025-02-06 18:53
FINALIZADO
1422137-01
Declaración inicial
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CONTRATISTA
PERIÓDICO
2024-01-06 08:57
2024-01-06 09:06
FINALIZADO
Alerta météo
En efecto
Buscar
ESP
LAA
10:04 a. m.
10/02/2025

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-02-06 18:53

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAULA	JOSEFINA	BRAND	TOBON

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	43200080

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN

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	$37.362.726,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$37.362.726,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	$250.000.000,00

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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14883856099

(415)7707212489984(8020) 000001488385609 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 2 0 0 0 8 0	4	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 3 2 0 0 0 8 0	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BRAND	TOBON	PAULA	JOSEFINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 81 A CL 49 A 64

42. Correo electrónico: pjbrand@misena.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	6 0 4 5 8 1 2 0 6 3	3 1 5 5 1 5 2 6 5 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 0 7 0 2 0 2	7 4 9 0	2 0 0 7 0 1 0 1				2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 BRAND TOBON PAULA JOSEFINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) PAULA JOSEFINA BRAND TOBON identificado(a) con CC 43200080 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **UNION TEMPORAL VIVA MEDELLIN - SEDE ESTADIO.**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes 2 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAULA JOSEFINA BRAND TOBON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43200080,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 43200080 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 06/02/2025 05:37 PM

Código Verificación: **WQAMGFP615**

Válida hasta: **07/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora PAULA JOSEFINA BRAND TOBON identificada con Cédula de Ciudadanía 43200080, se inscribió en nuestro servicio el día 04/03/2007.

El presente certificado se genera el día 06/02/2025, por solicitud del interesado.

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

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	Sr.
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nivel Educativo	
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ○ No
Nombre y apellido	paula josefina brand tobon
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	43200080
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	pajobra@yahoo.com
Teléfono	
Celular	3155152652

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

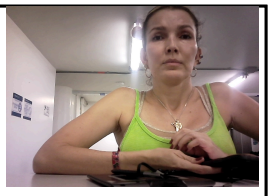
Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	chepa
SMS para recuperar la contraseña	3155152652

Editar

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
PARTICULAR MEDICINA				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
111111111	Crr 49 n 49 24	4481044	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
BRAND TOBON PAULA JOSEFINA	CC 43200080	45 Años	F

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
MEDELLIN	Medellin	SOLTERO
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
3155152652	CRA 81 A N 49 A 64 CALASANZ	3155152652
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
PAJOBRA@YAHOO.COM	PROFESIONAL	O +

IMC	Hijos	EPS
17.99	0	NUEVA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO SIN REFUERZO	1° PFIZER 2° PFIZER	ASTRAZENECA

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
INSTRUCTOR	2025-02-08	06:30:37	11:28:49	09:07:57

Lugar de realización examen	MEDELLIN CENTRO JUNIN

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado	
PREINGRESO	
CONCEPTO	**TIPO DE RESTRICCIONES**
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA

LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA

PRUEBA PSICOTECNICA 16PF : SE REALIZA

VISIOMETRIA OCUPACIONAL: SE REALIZA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (VISIOMETRIA OCUPACIONAL)
Se solicita valoración por optometría por hallazgos encontrados en el examen complementario (Visiometria) para determinar si hay corrección de la agudeza visual.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
Usar gafas de corrección óptica para visión cercana
MEDICAS PERSONALES
Se debe ingresar al programa nivel ergonómico y osteomuscular, controles preventivos con medico de su EPS por hallazgos encontrados a nivel de la columna vertebral, hábitos de buena postura y manejos de carga.
Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud, valoración con la nutricionista por su índice masa corporal. Se le recomienda seguir indicaciones para aumentar de peso y mejorar hábitos de alimentación, como informa el médico tratante
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
Ninguna
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación se evidencian hallazgos en columna vertebral, pero si va estar expuesto a factores de riesgo como vibraciones segmentarias, movimiento repetitivos intensos y prolongados o movilización de cargas, POSIBLEMENTE pueda generar a futuro SINTOMAS que puedan afectar el desempeño laboral, por lo que se recomienda controles con médico de su EPS, hábitos de buena postura con enfoque ergonómico.
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D, E
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	MEDICINA GENERAL NUTRICIONISTA OTRAS ESPECIALIDADES	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.





Firma:
Nombre: HENAO RENDON NATALIA ANDREA
R.M. / TP: 56115-12 L.S.O.2020060114345/2030

Firma:
Nombre: PAULA JOSEFINA BRAND TOBON
Documento: 43200080

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	PAULA JOSEFINA BRAND TOBON	**Identificación:**	CC: 43200080
Fecha de Nacimiento:	1980-01-20	**Edad:**	45
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CRA 81 A N 49 A 64 CALASANZ	**Teléfono:**	3155152652
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

PRUEBA PSICOTECNICA 16PF

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL2		**CARGO**	INSTRUCTOR
BOTON ANTECEDENTES OCUPACIONALES			

ANTECEDENTES DE TRABAJO EN ALTURAS

¿HA LABORADO ALGUNA VEZ EN ALTURAS?	NO	**¿USTED CREE QUE PUEDE LABORAR EN ALTURAS?**	NO
¿USTED SE SIENTE CAPACITADO PARA LABORAR EN ALTURAS?	NO	**¿HA RECIBIDO ALGUN ENTRENAMIENTO PARA LABORAR EN ALTURAS?**	NO
¿HA UTILIZADO ALGUNA VEZ ARNES?	NO	**¿HA LABORADO EN ESPACIOS CONFINADOS CERRADOS?**	NO

CUESTIONARIO DE MIEDO A LAS ALTURAS ANSIEDAD

titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION		**titulo**	
GRADO DE ANSIEDAD		**GRADO DE EVITACION**	
titulo		**GRADO DE ANSIEDAD**	
GRADO DE EVITACION			

PRUEBA PSICOTECNICA

PRUEBA PSICOTECNICA	tiene capacidades para el seguimiento y acatamiento de las normas, aunque también puede ser despreocupada o critica frente a la misma. Lo que la puede hacer propensa a accidentes; por lo que se recomienda supervisión en el ejercicio de sus actividades.

CONCEPTO PSICOLOGICO DEL TRABAJO EN ALTURAS

ESTADO MENTAL		**ESTADO EMOCIONAL**	
EXPERIENCIA		**IDENTIFICACION DE RIESGOS**	
ENTIENDE INSTRUCCIONES		**CONCLUSION Y RECOMENDACIONES**	

RESULTADO VALORACION PSICOLOGICA

ALTURAS	NO APLICA	**CONFINADOS**	NO APLICA
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES			

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	SI		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

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 informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Katherine P.R

Paola Brandt
43 200080

Firma:		Firma:	
Nombre:	KATHERINE PALACIOS RODRIGUEZ	Nombre:	
R.M. / TP:	TP.11756/2024	Documento:	

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN.

PRUEBA APLICADA: 16PF

FECHA DE APLICACIÓN: 08/02/2025

NOMBRE	PAULA JOSEFINA BRAND TOBON
EDAD **N° IDENTIFICACIÓN** **RESPONSABLE**	45 1037649363 KATHERINE PALACIOS RODRIGUEZ
CARGO	Psicólogo

Los procesos de diagnóstico sobre seres humanos pueden tener una aproximación de desempeño probable en el futuro. Este informe se basa en hipótesis que se obtienen en los resultados de la prueba psicotécnica aplicada, en donde se informan algunas características en la personalidad del candidato.

ÁREA INTELECTUAL

El nivel de cognición y tipo de pensamiento de Paula Josefina , se ubica en un pensamiento concreto, que le permite la interpretación de instrucciones simples y literales, por tal motivo podría presentar limitaciones para captar las realidades organizacionales y su posterior interacción con estas. Así misma, Podría presentar limitaciones para la comprensión y seguimiento de instrucciones complejas.

ÁREA EMOCIONAL

A nivel emocional, la prueba muestra características personales tales como: estabilidad emocional, sumisa, impulsiva, despreocupada, racional, espontanea, confiada, practica, soñadora, tranquila, segura, dependiente, controlada. Además, se

muestra como una persona con estabilidad emocional; lo que podría ser un factor a favor a la hora de enfrentarse a situaciones en las que deba superar obstáculos.

También, es una persona tranquila denota poco grado de neuroticismo, es decir; se le facilita mantenerse relajado en situaciones estresantes o demandantes de control de sí misma.

En cuanto a la toma de decisiones, los pensamientos y actuaciones de Paula Josefina , están sustentados desde la razón y tendiente a la objetividad, es decir; que suele hacer juicios de valor, sin dejarse llevar por los sentimientos en momentos en los que deba actuar y tomar decisiones donde se vean involucrados sus afectos. .

ÁREA SOCIAL Y LABORAL

La aspirante, tiene una tendencia a la dependencia, es decir; tiende a establecer relaciones sociales, proyectando facilidad para adaptarse al entorno social evitando los conflictos y las dificultades, orientada entre otros aspectos a factores relacionados con la necesidad de aprobación.

Paula Josefina, aunque es una persona introvertida; tiene habilidades para desempeñar funciones tanto de contacto con otros como aquellas en las que sea necesario trabajar en solitario, siendo de su preferencia las actividades en las que deba permanecer en contacto permanente con otros. Aunque, es alguien que no muestra grandes rasgos de creatividad, si se muestra con alto liderazgo lo que le facilita exponer, defender sus ideas y tomar decisiones, dejando toda el área creativa a los demás integrantes del grupo.

Paula Josefina, tiene capacidades para el seguimiento y acatamiento de las normas, aunque también puede ser despreocupada o critica frente a la misma. Lo que la puede

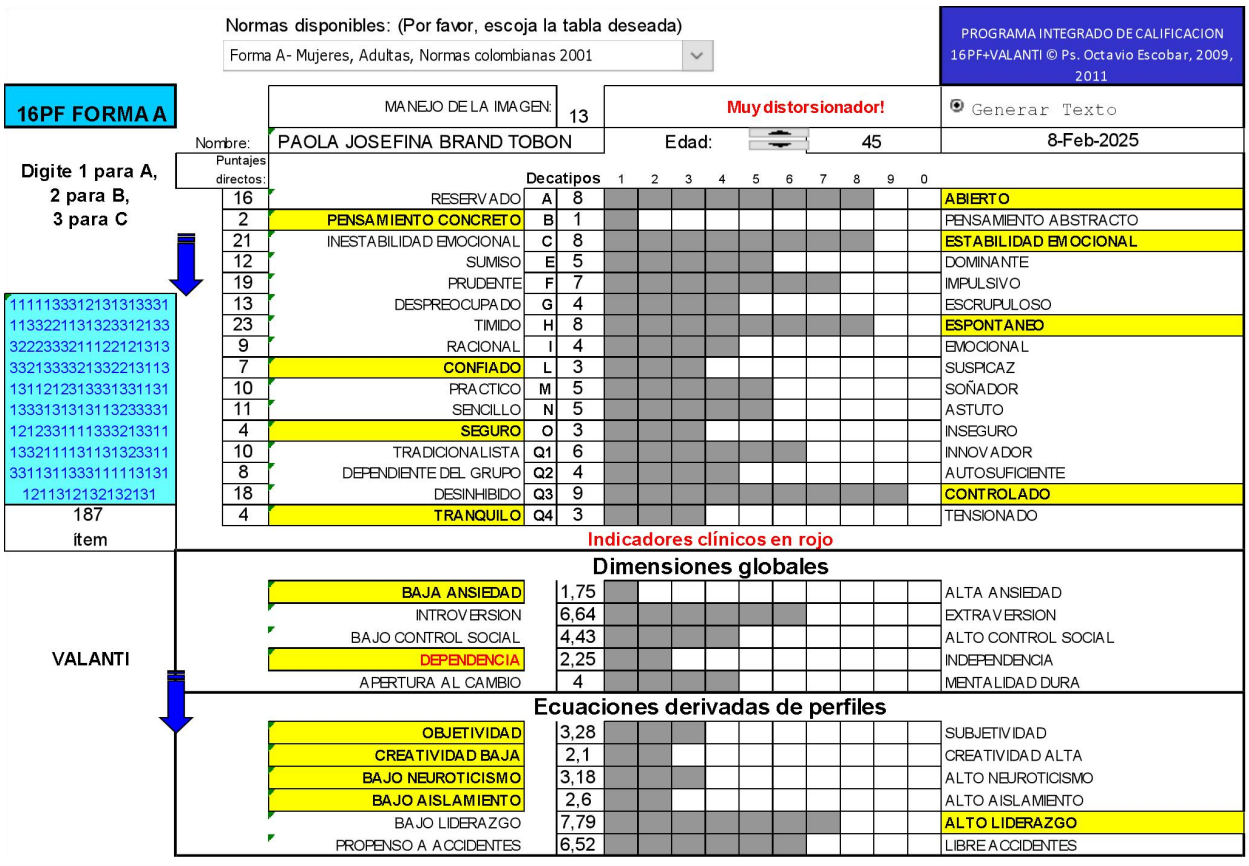
hacer propensa a accidentes; por lo que se recomienda supervisión en el ejercicio de sus actividades.

GRADO DE DISTORSIÓN

La prueba 16PF mide el grado de distorsión en las respuestas de la prueba en una escala de 1 a 15, siendo adecuado hasta el 7, iniciando la distorsión a partir de 8.

En este caso la aspirante obtuvo un valor de, **13 MUY DISTROCIONADOR.** Evidenciando que sus respuestas a todas las preguntas de la prueba están altamente distorsionadas, es decir, respondió ajustándose más a lo que consideraba que la empresa esperaba de él que a lo que sinceramente pensaba.

16PF





KATHERINE PALACIOS RODRIGUEZ

Psicólogo Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo

T.P: 228147

OMNISALUD S.A
Regional Antioquia

Omnisalud
Para toda la vida

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	PAULA JOSEFINA BRAND TOBON	**Identificación:**	CC: 43200080
Fecha de Nacimiento:	1980-01-20	**Edad:**	45
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CRA 81 A N 49 A 64 CALASANZ	**Teléfono:**	3155152652
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS	

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	
PROFESION			

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES		**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**GLAUCOMA**	NO
QUIRURGICOS	NO	**CATARATAS**	NO
FARMACOLOGICOS	NO	**AMBLIOPIA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
RINITIS	NO	**DEFECTOS REFRACTIVOS**	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**PTERIGIO**	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	**CIRUGIA OCULAR**	NO
OTROS	NO	**ESTRABISMO**	NO
OBSERVACIONES			

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA	NO	**CUAL**	
CERCA LEJOS VIS			

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	20/70	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/50	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/40	**CON CORRECCION AO**	

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES	SIN ALTERACION APARENTE

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES			

EVOLUCION

EVOLUCION	

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	VISION PROXIMA	**USO DE EPV**	
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		**VALORACION POR OPTOMETRIA**	
RECOMENDACIONES GENERALES			

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA	Se solicita valoración por optometría por hallazgos encontrados en el examen complementario (Visiometria) para determinar si hay corrección de la agudeza visual.||Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria ||Usar gafas de corrección óptica para visión cercana	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS**	

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO

BUENA AGUDEZA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL		**OBSERVACIONES**	
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL	1	**OBSERVACIONES**	VALORACION POR OPTOMETRIA, DISMINUCIONDE LA AGUDEZA VISUAL RELACIONADA CON LA EDAD.
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		**OBSERVACIONES**	

CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

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 informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

LIZETH VERGARA DELBARRE
C.C. 1.140.840.077 de Barranquilla

43 200080

Firma:		Firma:	
Nombre:	LIZETH VERGARA DEL BARRE	Nombre:	
R.M. / TP:	08-5486	Documento:	

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2025-02-10

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	PAULA JOSEFINA BRAND TOBON		
Identificación	CC	**Nro**	43200080
Fecha de Nacimiento	1980-01-20	**Edad**	45
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2025-02-10 06:32:08	**Sede**	MEDELLIN LAURELES
Direccion	Calle 33# 74 E – 52		

GLICEMIA

GLUCOSA EN SUERO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO	85	mg/dl	70-110

Arianith Toncel Gutierrez

BACTERIOLOGA
ARIANITH SUGEL TONCEL GUTIERREZ
CC. 56076052

_____

ARIANITH SUGEL TONCEL GUTIERREZ
5-1605 L.S.O. 5-1605
BACTERIOLOGIA

Omnisalud
Para toda la vida

Fecha impresión : 2025-02-08

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	PAULA JOSEFINA BRAND TOBON	**Identificación:**	CC: 43200080
Fecha de Nacimiento:	1980-01-20	**Edad:**	45
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CRA 81 A N 49 A 64 CALASANZ	**Teléfono:**	3155152652
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
CAMPO ADICIONAL 2
PROFESION
CAMPO ADICIONAL1
CARGO

FORMATO MANUAL

FORMATO MANUAL: NO

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES
OBSERVACIONES

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR: NO
OTROS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES
OBSERVACIONES

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	ACCIDENTE OCULAR	NO
DIABETES MELLITUS	NO	GLAUCOMA	NO
QUIRURGICOS	NO	CATARATAS	NO
FARMACOLOGICOS	NO	AMBLIOPIA	NO
PATOLOGICOS	NO	PATOLOGIA OCULAR	NO
RINITIS	NO	DEFECTOS REFRACTIVOS	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	PTERIGIO	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	TRATAMIENTOS ORTOPTICOS	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	CIRUGIA OCULAR	NO
OTROS	NO	ESTRABISMO	NO

OBSERVACIONES

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA: NO
CUAL
CERCA LEJOS VIS

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	20/20	CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	20/20	CON CORRECCION AO	

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	20/70	CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	20/50	CON CORRECCION OI	
SIN CORRECCION AO	20/40	CON CORRECCION AO	

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES: SIN ALTERACION APARENTE

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA: NORMAL - 15/15
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO: 40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES

EVOLUCION

EVOLUCION

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL: VISION PROXIMA
USO DE EPV
VALORACION POR OFTALMOLOGIA
VALORACION POR OPTOMETRIA
RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA: Se solicita valoración por optometría por hallazgos encontrados en el examen complementario (Visiometria) para determinar si hay corrección de la agudeza visual.||Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria ||Usar gafas de corrección óptica para visión cercana
TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS

IMPRESION DIAGNOSTICA

REFRACTIVO

Scanned with CamScanner

Fecha impresión : 2025-02-08

Omnisalud
Para toda la vida

BUENA AGUDEZA VISUAL		OBSERVACIONES	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL		OBSERVACIONES	
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL	1	OBSERVACIONES	VALORACION POR OPTOMETRIA. DISMINUCIONDE LA AGUDEZA VISUAL RELACIONADA CON LA EDAD.
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		OBSERVACIONES	

CONTROLES

MENSUAL		BIMENSUAL	
TRIMESTRAL		SEMESTRAL	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

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 informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

LIZETH VERGARA DELBARRE
C.C. 1.140.845.077 de Barranquilla

PAULA BERNOT
43 200080

Firma:		Firma:	
Nombre:	LIZETH VERGARA DEL BARRE	Nombre:	
R.M. / TP:	08-5486	Documento:	

Scanned with CamScanner

Fecha impresión : 2025-02-08

Omnisalud
Para todo la vida

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	PAULA JOSEFINA BRAND TOBON	**Identificación:**	CC: 43200080
Fecha de Nacimiento:	1980-01-20	**Edad:**	45
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	2	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CRA 81 A N 49 A 64 CALASANZ	**Telefono:**	3155152652
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN CENTRO JUNIN
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

PRUEBA PSICOTECNICA 16PF

TIPO EXAMEN

ENFASIS

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL1**	
CAMPO ADICIONAL2		**CARGO**	INSTRUCTOR
BOTON ANTECEDENTES OCUPACIONALES			

ANTECEDENTES DE TRABAJO EN ALTURAS

¿HA LABORADO ALGUNA VEZ EN ALTURAS?	NO	**¿USTED CREE QUE PUEDE LABORAR EN ALTURAS?**	NO
¿USTED SE SIENTE CAPACITADO PARA LABORAR EN ALTURAS?	NO	**¿HA RECIBIDO ALGUN ENTRENAMIENTO PARA LABORAR EN ALTURAS?**	NO
¿HA UTILIZADO ALGUNA VEZ ARNES?	NO	**¿HA LABORADO EN ESPACIOS CONFINADOS CERRADOS?**	NO

CUESTIONARIO DE MIEDO A LAS ALTURAS ANSIEDAD

titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	**titulo**
GRADO DE ANSIEDAD	**GRADO DE EVITACION**
titulo	**GRADO DE ANSIEDAD**
GRADO DE EVITACION	

PRUEBA PSICOTECNICA

PRUEBA PSICOTECNICA	tiene capacidades para el seguimiento y acatamiento de las normas, aunque también puede ser despreocupada o crítica frente a la misma. Lo que la puede hacer propensa a accidentes; por lo que se recomienda supervisión en el ejercicio de sus actividades.

CONCEPTO PSICOLOGICO DEL TRABAJO EN ALTURAS

ESTADO MENTAL		**ESTADO EMOCIONAL**	
EXPERIENCIA		**IDENTIFICACION DE RIESGOS**	
ENTIENDE INSTRUCCIONES		**CONCLUSION Y RECOMENDACIONES**	

RESULTADO VALORACION PSICOLOGICA

ALTURAS	NO APLICA	**CONFINADOS**	NO APLICA
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES			

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL SI

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico

Scanned with CamScanner

Omnisalud

Fecha impresión: 2025-02-08

[illegible]

Firma
Nombre: KATHERINE PALACIOS RODRIGUEZ
[illegible]

Firma
Nombre
Documento

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN.

PRUEBA APLICADA: 16PF

FECHA DE APLICACIÓN: 08/02/2025

NOMBRE	PAULA JOSEFINA BRAND TOBON
EDAD	45
Nº IDENTIFICACIÓN	1037649363
RESPONSABLE	KATHERINE PALACIOS RODRIGUEZ
CARGO	Psicólogo

Los procesos de diagnóstico sobre seres humanos pueden tener una aproximación de desempeño probable en el futuro. Este informe se basa en hipótesis que se obtienen en los resultados de la prueba psicotécnica aplicada, en donde se informan algunas características en la personalidad del candidato.

ÁREA INTELECTUAL

El nivel de cognición y tipo de pensamiento de Paula Josefina , se ubica en un pensamiento concreto, que le permite la interpretación de instrucciones simples y literales, por tal motivo podría presentar limitaciones para captar las realidades organizacionales y su posterior interacción con estas. Así misma, Podría presentar limitaciones para la comprensión y seguimiento de instrucciones complejas.

ÁREA EMOCIONAL

A nivel emocional, la prueba muestra características personales tales como: estabilidad emocional, sumisa, impulsiva, despreocupada, racional, espontanea, confiada, practica, soñadora, tranquila, segura, dependiente, controlada. Además, se

Scanned with CamScanner

muestra como una persona con estabilidad emocional; lo que podría ser un factor a favor a la hora de enfrentarse a situaciones en las que deba superar obstáculos.

También, es una persona tranquila denota poco grado de neuroticismo, es decir; se le facilita mantenerse relajado en situáciones estresantes o demandantes de control de sí misma.

En cuanto a la toma de decisiones, los pensamientos y actuaciones de Paula Josefina , están sustentados desde la razón y tendiente a la objetividad, es decir; que suele hacer juicios de valor, sin dejarse llevar por los sentimientos en momentos en los que deba actuar y tomar decisiones donde se vean involucrados sus afectos. .

ÁREA SOCIAL Y LABORAL

La aspirante, tiene una tendencia a la dependencia, es decir; tiende a establecer relaciones sociales, proyectando facilidad para adaptarse al entorno social evitando los conflictos y las dificultades, orientada entre otros aspectos a factores relacionados con la necesidad de aprobación.

Paula Josefina, aunque es una persona introvertida; tiene habilidades para desempeñar funciones tanto de contacto con otros como aquellas en las que sea necesario trabajar en solitario, siendo de su preferencia las actividades en las que deba permanecer en contacto permanente con otros. Aunque, es alguien que no muestra grandes rasgos de creatividad, si se muestra con alto liderazgo lo que le facilita exponer, defender sus ideas y tomar decisiones, dejando toda el área creativa a los demás integrantes del grupo.

Paula Josefina, tiene capacidades para el seguimiento y acatamiento de las normas, aunque también puede ser despreocupada o critica frente a la misma. Lo que la puede

Scanned with CamScanner

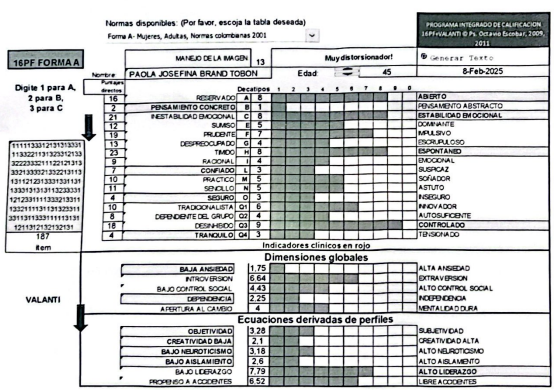
hacer propensa a accidentes; por lo que se recomienda supervisión en el ejercicio de sus actividades.

GRADO DE DISTORSIÓN

La prueba 16PF mide el grado de distorsión en las respuestas de la prueba en una escala de 1 a 15, siendo adecuado hasta el 7, iniciando la distorsión a partir de 8.

En este caso la aspirante obtuvo un valor de, **13 MUY DISTROCIONADOR.** Evidenciando que sus respuestas a todas las preguntas de la prueba están altamente distorsionadas, es decir, respondió ajustándose más a lo que consideraba que la empresa esperaba de él que a lo que sinceramente pensaba.

16PF



Scanned with CamScanner