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
TIBAVISCO	ARDILA	MARTHA VIANEY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1121827243	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 01 MES 12 AÑO 1986	CALLE 27 14 02 BARRIO ROSALES-Villavicencio			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3118264	EMAIL	vianeytibavisco11@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°	11°	MES	12	AÑO	2003
										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	
PREGRADO	0	X		PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	02	2009	127278
PREGRADO	10	X		LICENCIATURA EN EDUCACION BASICA CON ENFASIS EN CIENCIAS NATURALES Y EDUCACION AMBIENTAL	12	2014	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		TRANSFERENCIA SOFIA PLUS	12	2009
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		DISEO DE ESTRATEGIAS DIDACTICAS PARA LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL	07	2016
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		FORTALECIMIENTO DEL MANEJO DE LAS HERRAMIENTAS TIC EN EL PROCESO FORMATIVO DE ARTICULACION CON LA MEDIA TECNICA	10	2020
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		EJERCICIO DERECHOS FUNDAMENTALES EN EL TRABAJO	06	2021
Funcion Publica	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción	06	2021
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR	11	2021
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		DESARROLLO DE CAPACIDADES QUE PERMITAN ENFRENTAR DESAFIOS EN ENTORNOS CAMBIANTES	12	2021
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		TRANSICIONES EXITOSAS PARA PRIMERA INFANCIA	11	2022
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION INICIAL	11	2022

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6825264	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CARGO INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* ARTICULACION CON LA MEDIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR TRANSVERSAL DE ETIC	*DEPENDENCIA* ARTICULACION CON LA MEDIA SENA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3118264481	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTORA TRANSVERSAL ETICA	*DEPENDENCIA* FORMACION REGULAR					*DIRECCIÓN* - CEDE URBANA- EDIFICIO SAN NICOLAS						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3118264481	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	09	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTORA TRANSVERSAL ETICA	*DEPENDENCIA* INSTRUCTOR ARTICULACION MEDIA					*DIRECCIÓN* - KM 1 VIA ACACIAS						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EDUCACION NACIONAL						*DIRECCIÓN* KM1 VIA ACACIAS					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* km 1 via acacias					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SERVICIOS DE EDUCACION						*DIRECCIÓN* km1 Via Acacias					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	09	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ETICA						*DIRECCIÓN* KM1 VIA ACACIAS					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0000000000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2017	*Día*	09	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ETICA						*DIRECCIÓN* KM1 VIA ACACIAS					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825274	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* km1 Via Acacias					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* Km1 Via Acacias					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* Km1 Via Acacias					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	08	*Año*	2013	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* KM1 VIA ACACIAS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* Km1 Via Acacias					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* KM1 VIA ACACIAS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	04	*Mes*	07	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* Km1 Via Acacias					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2011	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* KM1 VIA ACACIAS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SENA CISM						*DIRECCIÓN* Km1 Via Acacias					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ORGANIZACION INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6397777	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2010	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EDUCACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 14N 93B 46 Bogota D.C Colombia					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2010	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* INSTRUCTORA PRIMERA INFANCIA						*DIRECCIÓN* km1 via acacias					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SENA CISM REGIONAL META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2009	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DOCENTE						*DIRECCIÓN* KM1 VIA ACACIAS					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6621839	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2008	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Barrio San Fernando					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	08	*Año:*	2009	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2014
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* BASICA PRIMARIA						*DIRECCIÓN* - km1 via acacias					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	10	*Año:*	2009	*Día:*	30	*Mes:*	12	*Año:*	2009
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* - km1 via acacias					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2010	Día:	15	Mes:	12	Año:	2010	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CENTRO DE ALTOS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS - ORGANIZACION DE ESTADOS IBEROAMERICANOS			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO PUERTO LÓPEZ					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	06	Año: 2010	Día:	31	Mes:	12	Año:	2010	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - centro sonal icbf puerto lopez						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	18	Mes:	02	Año: 2011	Día:	30	Mes:	06	Año:	2011	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	15	Mes:	07	Año: 2011	Día:	15	Mes:	12	Año:	2011	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	20	Mes:	02	Año: 2012	Día:	04	Mes:	07	Año:	2012	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	12	Mes:	07	Año: 2012	Día:	15	Mes:	12	Año:	2012	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	25	Mes:	01	Año: 2013	Día:	15	Mes:	07	Año:	2013	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	21	Mes:	08	Año: 2013	Día:	15	Mes:	12	Año:	2013	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	21	Mes:	01	Año: 2014	Día:	12	Mes:	12	Año:	2014	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	30	Mes:	01	Año: 2015	Día:	11	Mes:	12	Año:	2015	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: - km1 via acacias						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	14	Mes:	03	Año: 2016	Día:	12	Mes:	12	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	08	Mes:	02	Año: 2017	Día:	09	Mes:	09	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	26	Mes:	09	Año: 2017	Día:	15	Mes:	12	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2018	Día:	15	Mes:	12	Año:	2018	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN - km1 via acacias						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	05	Mes:	02	Año: 2019	Día:	20	Mes:	12	Año:	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	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			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	10	Mes:	02	Año:	2020	Día:	16	Mes:	12	Año:	2020
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN							

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	12	Mes:	02	Año:	2021	Día:	09	Mes:	12	Año:	2021
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS Y HUMANIDADES PERSONALES	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN - km1 via acacias							

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA L SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO GRANADA				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS 3118264481	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2022	Día:	30	Mes:	11	Año:	2022
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN EDIFICIO SAN NICOLAS							

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	1	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	5
EXPERIENCIA DOCENTE	12	0

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 VILLAVICENCIO 07 DE FEBRERO DE 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.

ELIANA CONSTANZA TELLO ZAMBRANO

Firmado digitalmente por ELIANA CONSTANZA TELLO ZAMBRANO
Fecha: 2025.02.07 19:26:12 -05'00'

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2025-01-27 13:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARTHA	VIANEY	TIBAVISCO	ARDILA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121827243

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

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

Lugar de sede

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$44.668.500,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$44.668.500,00

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	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$160.000.000,00

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:

VILLAVICENCIO 27/01/2025

DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2023

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118641842525

(415)7707212489984(8020) 000211864184252 5

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1 1 2 1 8 2 7 2 4 3	3	TIBAVISCO	ARDILA	MARTHA	VIANEY	2 2

24. Actividad económica principal	Si es una corrección indique:	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
7 2 2 0					6,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	225,777,000	Deudas	30	0	Total patrimonio líquido	31	225,777,000

Cédula general

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos		32	39,261,000	43	500,000	58	0	74	700,000
Devoluciones, rebajas y descuentos								75	0
Ingresos no constitutivos de renta		33	0	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes				45	0	60	0	77	0
Renta líquida		**34**	39,261,000	**46**	500,000	**61**	0	**78**	700,000
Rentas líquidas pasivas - ECE						62	0	79	0
Rentas exentas	Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
	Otras rentas exentas	36	9,820,000	48	0	64	0	81	0
	Total rentas exentas	**37**	9,820,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables	Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
	Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0
	Total deducciones imputables	**40**	0	**52**	0	**68**	0	**85**	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)		**41**	9,820,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio				**54**	500,000	**70**	0	**87**	700,000
Pérdida líquida del ejercicio				**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas				56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria		**42**	29,441,000	**57**	500,000	**73**	0	**90**	700,000

Ren. líquida céd. gen.	**91**	40,461,000	**Ren. ex. y ded. imp. li.**	**92**	9,826,000	**R. líq. ord. cédula gen.**	**93**	30,635,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	**R. líq. grav. cédula gen.**	**97**	30,635,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	**101**	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	**103**	0

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**106**	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0

Renta liquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	111	30,635,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	**115**	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables

Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	0
Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**121**	0

Descuentos tributarios

Imp. pagados en el exterior	122	0	Donaciones	123	0
Dividendos., particip. y otros	124	0	Total descuentos trib.	**125**	0

Impuesto neto de renta	**126**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	**127**	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	**129**	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	2,415,000
Retenciones año gravable a declarar	132	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	0	Total saldo a favor	137	2,415,000
Número de dependientes económicos	138	0	Adición por dependientes a la casilla 92	139	0	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador

Firma contador

994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusi entidad recaudadora

DIAN — Fecha Acuse de Recibo — Firmado

2024-09-12 / 09:39:30 AM

2 0 2 4 -(9 : 3 9 : 3 0

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900197628711

2 0 2 4 4 2 3 2 6 8 6 9 4 3

PRUEBA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1121827243, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220314	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Enero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27550150

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TIBAVISCO ARDILA MARTHA VIANEY** identificado(a) con **CC** número **1.121.827.243** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de julio de 2007 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2025012319590

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.
NIT 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Telefono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2023/01/17	Nro Ingreso:	2022110402017
Paciente:	MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA	CC:	1121827243
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Pre-Ingreso
Cargo:	INSTRUCTORA		
Orígen:	SENA CONSOLIDADO		
Fecha Atención:	2022-11-04 07:23:01		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO CON RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SIN OBSERVACIÓN
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares **CASO DESCARTADO**

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

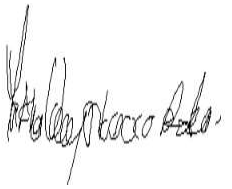
Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada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

Recomendaciones Específicas

SE SUGIERE CONTROL CON REPORTE DE GLICEMIA EN MEDICINA GENERAL DE SU EPS AL TRABAJADOR SE LE RECOMIENDA SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL EN SU PUESTO DE TRABAJO, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, INFORMAR A SU EMPLEADOR ANTE LA APARICIÓN DE CUALQUIER SÍNTOMA RESPIRATORIO -INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA. -EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES. -REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA. -EN EL TRABAJO USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

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





Profesional Ocupacional: YENY CATALINA OTERO OCHOA 0

Registro M.D: 35264215

Licencia S.O: 2435

Firma del Paciente: MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA

Identificacion: CC. - 1121827243

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.
Código Prestador:
NIT: 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Teléfono: 6668018-3176678051
Email: gerencia@integrarips.com

Fecha de Impresión: **2023/01/17 08:51:12**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1121827243**	Nro Historia:	**1121827243**
Paciente:	**TIBAVISCO ARDILA MARTHA VIANEY**	Nro Ingreso:	**2022110402017**
Fecha Nac:	**1986/12/01**	Fecha Atención:	**2022-11-04 07:23:01.000**
Dirección:	**calle 27 - 14 - 02 rosales**	Tipo Evaluación:	**Pre-ingreso**
Edad:	**35 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTORA**		

	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
QUÍMICA SANGUÍNEA			
GLUCOSA EN SUERO	136*	MG/DL	70 A 110 MG/DL
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
OBSERVACIONES	*DATO CONFIRMADO		
	LABORATORIO CLINICO		
INMUNOLOGÍA			
SEROLOGIA II	NEGATIVO	MUI/ML	NEGATIVO: MENOR DE 10 MUI/ML
TECNICA	.		INMUNOENSAYO CROMATOGRÁFICO

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

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

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

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

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2023/01/17 11:42:35**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1121827243**	Nro Historia:	**1121827243**
Paciente:	**TIBAVISCO ARDILA MARTHA VIANEY**	Nro Ingreso:	**2022110402017**
Fecha Nac:	**1986/12/01**	Fecha Atención:	**2022-11-04 07:23:01.000**
Dirección:	**calle 27 - 14 - 02 rosales**	Tipo Evaluación:	**Pre-ingreso**
Edad:	**35 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTORA**		

Motivos

Motivo Consulta:

NO REFIERE

Enfermedad Actual:

NO REFIERE

Antecedentes - Familiares

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

Observaciones

NINGUNA

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica [Seleccione]

Indice de Consumo de Drogas

Consume o ha consumido sustancias Psicoactivas

No NO REFIERE

Consume o ha consumido sustancias Alucinógenas

No NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo No fuma

Otro NO REFIERE

Alcoholismo

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

Nivel de Consumol: No Consume

Observaciones: NO REFIERE

Neurologico

Epilepsia	No	NO REFIERE	Cefalea / Migraña	[Seleccione]	NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No	NO REFIERE	Masas Cerebrales	No	NO REFIERE
Parkinson	No	NO REFIERE	Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Otros: NO REFIERE			Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

Sinusitis	No	NO REFIERE	Otitis	No	NO REFIERE
Otalgia	No	NO REFIERE	Otorrea	No	NO REFIERE
Vertigo	No	NO REFIERE	Otorragia	No	NO REFIERE
Acufenos	No	NO REFIERE	Prurito	No	NO REFIERE
Enfermedades Virales	No	NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado	No	NO REFIERE
Glaucoma	No	NO REFIERE	Tinnitus	No	NO REFIERE
Cataratas	No	NO REFIERE	Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE
Pterigio	No	NO REFIERE	Trauma Directo de Oido	No	NO REFIERE
Trauma Ocular	No	NO REFIERE	Otros Traumaticos de Oido	NO REFIERE	
Patologia Visual	No	NO REFIERE	Organos De los Sentidos	NO REFIERE	
Rinitis	No	NO REFIERE	Sintomas de Oido	No	NO REFIERE
			Sintomas Nariz	No	NO REFIERE
			Sintomas Garganta	No	NO REFIERE

Alergias y Otros Patologicos

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

Cardiovascular y Respiratorio

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

Gastro Intestinal

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

Endocrino y Metabolico

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

Genito Urinario

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

otros NO REFIERE

Gineco Obstetricos

Menarquia			Hijos Vivos	1	
Ciclos	Regular		FUR	11	Febrero 2021
			FUP	00	Sin Informacion Sin Informacion
Gestaciones	1		Planifica	Si	
Partos	0		Metodo de planificacion	HORMONALES	
Abortos	0		Fecha ultima citologia	Sin Informacion	Septiembre 2022
Cesáreas	1		Tipo de resultado	NORMAL	NO REFIERE

Mortinatos 0

Observacion NO REFIERE

Osteomuscular

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

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

Otro NO REFIERE

Autoinmunes

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

Otros: NO REFIERE

Enfermedad de Transmision Sexual

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

otros NO REFIERE

Congenitas

Labio y/o Paladar Hendido	No	NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Enfermedades Infecciosas y Eruptivas

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

Otras NO REFIERE

Dermatologicos

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

Otros NO REFIERE

Transfusiones

Descripcion NO REFIERE

Revision Por Sistemas

Sintomas Constitucionales	SIN HALLAZGOS	Sintomas Neurologicos	SIN HALLAZGOS
Sintomas Respiratorios	SIN HALLAZGOS	Sintomas Cardio Vasculares	SIN HALLAZGOS
Sintomas Gastro Intestinales	SIN HALLAZGOS	Sintomas Genito Urinarios	SIN HALLAZGOS
Sintomas Osteo Muscular	SIN HALLAZGOS	Sintomas Dermatologicos	SIN HALLAZGOS
Sintomas de los Organos de Los Sentidos	SIN HALLAZGOS		

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	Si	CESRAEA (1) - LIPOSUCCION
Cirugia de Cabeza y Cuello	No	NO REFIERE
Cirugia de Torax	No	NO REFIERE
Cirugia de Extremidades	No	NO REFIERE
Cirugia de Piel	No	NO REFIERE
Cirugia de Tiroides	No	NO REFIERE

Otros Quirurgicos
NO REFIERE

Psiquiatricos

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

Otro NO REFIERE

Farmacologicas

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

Observaciones: NO REFIERE

Inmunizaciones

#	Tipo de Vacuna	Fecha	Dosis	Fabricante	Esquema	Observaciones

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

NO REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Laboral

NO REFIERE ENFERMEDAD LABORAL

Examen Fisico

Signos Vitales

Consulta es Virtual

Peso	55.2	[Kg]
Talla	1.50	[Mts]
IMC	24.53	

Interpretacion: Normal

Perimetro Abdominal	90	[cm]
Frecuencia Cardiaca	80	[X min]
Frecuencia Respiratoria	20	[X min]
Temperatura	37	°C
Oximetría Cutanea	0	%SpO2
Tension Arterial	100/60	[mmhg/hg]
Lateralidad	Diestro	

Aspecto General

Descripcion aspecto general: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, HIDRATADA

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	MELANOSIS GENERALIZADA AO
Escleras	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas	Normal	SIN HALLAZGOS

Fondo de Ojo: NO EXAMINADO

Oídos

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	NO EXAMINADO

Otoscopia: NO EXAMINADO

Observaciones Generales: NINGUNA

Nariz

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

Boca

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

Cuello

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	Lasegue / Bragard	NO EXAMINADO

Observaciones: SIN OBSERVACION

Genito Urinario

Genitales Externos: NO HERNIAS

Extremidades Inferiores

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

Observaciones: SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Auscultacion	Normal	SIN HALLAZGOS

Extremidades Superiores

Hombro	Normal	SIN HALLAZGOS
Brazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Antebrazo	Normal	SIN HALLAZGOS
Codo	Normal	SIN HALLAZGOS
Muñeca	Normal	SIN HALLAZGOS
Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Dedos de la Mano	Normal	SIN HALLAZGOS
Pulsos Perifericos	Normal	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

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

Toráx

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

Valoracion de mamas MV PRESENTE, RSCSRS, REGUARES, NO AGREGADOS

Abdomen

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

Valoracion BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO HERNIAS

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

Pruebas Semiologicas

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Muñeca

Signo de Tinel	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Signo de Phalen	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Lumbar

Hoover	Negativo	NO REALIZADO
Signo de Lassegue	Negativo	NO REALIZADO
Signo de Bragard	Negativo	NO REALIZADO

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo	NO REALIZADO

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Miembro Inferior

Signo del Bostezo	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Signo del Cajon	Negativo Ambos	NO REALIZADO
Mc Murray	Negativo Ambos	NO REALIZADO

Neurologico

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

Observaciones SIN HALLAZGOS

Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	0	0
Ojo Izquierdo:	0	0
Ambos Ojos:	0	0

Observaciones: 0

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	0	0
Ojo Izquierdo:	0	0
Ambos Ojos:	0	0

Observaciones: 0

Piel y Faneras

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

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal

Observaciones al Diagnostico

Resultado de la Visiometría

Diagnostico Principal

EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Descripción de la Observación General

NINGUNA

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal

Descripción de la Observación General

Resultado de Psicología

Concepto de Psicologia

NO REALIZADO

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Descripción del GATI-SST

AUDICION NORMAL

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal

Descripción de la Observación General

Resultado Psicosensométrico

Diagnostico Principal

Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

LABORATORIO CLINICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
SEROLOGIA II	NEGATIVO	mUI/ml	
TECNICA	.		
OBSERVACIONES			

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
GLUCOSA EN SUERO	136*	mg/dl	
TECNICA	.		
OBSERVACIONES	*DATO CONFIRMADO		

Analisis del Resultados de Laboratorios : SIN OBSERVACIONES

Diagnostico

Diagnostico 1: HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA

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

Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

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

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones

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

Ocupacional - Controles

☐ Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Confirmatoria

Limitaciones o restricciones:

SE SUGIERE CONTROL CON REPORTE DE GLICEMIA EN MEDICINA GENERAL DE SU EPS
AL TRABAJADOR SE LE RECOMIENDA SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL EN SU PUESTO DE TRABAJO, USO PERMANENTE DE TAPABOCAS, INFORMAR A SU EMPL EADOR ANTE LA APARICIÓN DE CUALQUIER SÍNTOMA RESPIRATORIO
-INICIAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS CINCO VECES AL DIA.
-EVITAR CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASA, HARINAS Y AZUCARES.
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TRES VECES POR SEMANA.
-EN EL TRABAJO USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS.

Recomendaciones para la empresa: NINGUNA

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Ingreso**

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones al concepto: SIN OBSERVACIÓN

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

CASO DESCARTADO

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

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





Nombre Profesional: YENY CATALINA OTERO OCHOA 0

Registro Profesional: 35264215

Licencia Profesional: 2435

Nombre del Paciente: **MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA**

Identificacion del Paciente: **CC - 1121827243**

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

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

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

Descripcion del Informe

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA DE VISIOMETRIA

Fecha de Impresión: **2023/01/17 08:50:40**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1121827243**	Nro Historia:	**1121827243**
Paciente:	**TIBAVISCO ARDILA MARTHA VIANEY**	Nro Ingreso:	**2022110402017**
Fecha Nac:	**1986/12/01**	Fecha Atención:	**2022-11-04 07:23:01.000**
Dirección:	**calle 27 - 14 - 02 rosales**	Tipo Evaluación:	**Pre-Ingreso**
Edad:	**35 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTORA**		

Visiometria - Motivo consulta

EXAMEN DE INGRESO, NO USA RX ÓPTICA

Visiometria - Antecedentes Personales

Glaucoma:	No	NO REFIERE
Cataratas:	No	NO REFIERE
Enucleación	No	NO REFIERE
Traumas Oculares:	No	NO REFIERE
Patologia Ocular:	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Usa correccion visual	No	NO REFIERE

Permanente ☐
Lejos ☐
Cerca ☐
Descanso ☐
Ultimo Examen: Mayor a 2 años

Visiometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva	No	NO REFIERE
Catarata	No	NO REFIERE
Pterigio	No	NO REFIERE

Otra: NO REFIERE

Visiometria - Antecedentes Laborales

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

Otros Antecedentes

NO REFIERE

Visiometria - Signos y Sintomas

- [ ] Fotofobia
- [ ] Lagrimeo
- [ ] Ardor
- [ ] Astenopia
- [ ] Dolor Ocular
- [ ] Secreción
- [ ] Ojo Rojo
- [ ] Vision Borrosa
- [ ] Vision Doble
- [ ] Mala Vision Cercana
- [ ] Mala Vision Lejana
- [ ] Cefalea

Otros Sintomas
NO REFIERE

Visiometria - Examen Externo

Parpados:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	NORMAL	MELANOSIS GENERALIZADA AO
Escleras:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Iris	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Cornea	NORMAL	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular	NORMAL	SIN HALLAZGOS

Visiometria - Motilidad Ocular

*** Punto proximo de convergencia**

8 cm

*** Cover Test - Lejos**

ORTOFORIA

*** Cover Test - Cerca**

ORTOFORIA

Visiometria - Rx en Uso

	Tipo	Observaciones
*** Ojo Derecho**	NO APLICA	NINGUNA
*** Ojo Izquierdo**	NO APLICA	NINGUNA

FIN AV con correccion

Visiometria - Agudeza Visual

AV - Con correccion actual

	V. Lejana	V. Proxima	PH
OD	0.0	0.0	0.0
OI	0.0	0.0	0.0
AO	0.0	0.0	0.0

Observaciones
NINGUNA

AV - Sin correccion

	V. Lejana	V. Proxima	PH
OD	20/20	0.50M	20/20
OI	20/20	0.50M	20/20
AO	20/20	0.50M	20/20

Observaciones
NINGUNA

Visiometria - Vision cromatica y estereopsis

	Normal	Anormal
Cromatica	NORMAL	NO APLICA
Estereopsis	[Seleccione]	[Seleccione]

Campo visual o perimetría					
Temporal Derecha	85°	70°	55°	Nasal 45°	NORMAL
Temporal Izquierda	85°	70°	55°	Nasal 45°	NORMAL

Observaciones
NINGUNA

Visiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Observaciones al Diagnostico: NINGUNA

Diagnostico Relacionado 1:

Diagnostico Relacionado 2:

Diagnostico Relacionado 3:

Visiometria - Conducta

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

Descripcion de la Conducta

NINGUNA

Visiometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [x] Uso de filtro AR, UV o Fotocromático
- [x] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [ ] Uso EPP Visual
- [x] Pausas Activas
- [ ] RX Visión Lejana
- [ ] Uso de Rx para Vision Proxima
- [x] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica
- [x] PyP
- [x] Lubricante Ocular

Observaciones de las Recomendaciones

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

Visiometria -Remisiones

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

Otras Remisiones

NINGUNA

Visiometria - Controles

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

Visiometria - Resultado

Resultado de la Visiometria [Seleccionar]

*** Descripcion de la observacion general**

NINGUNA

Consentimiento Informado del Trabajador

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



Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ 0

Registro Profesional: 584



Nombre del Paciente: **MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA**

Identificacion del Paciente: **CC - 1121827243**

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

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

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

Descripcion del Informe

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

Fecha de Impresión: **2023/01/17 08:50:19**
Impreso por: **SHIRLEY MORENO BUSTOS 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1121827243**	Nro Historia:	**1121827243**
Paciente:	**TIBAVISCO ARDILA MARTHA VIANEY**	Nro Ingreso:	**2022110402017**
Fecha Nac:	**1986/12/01**	Fecha Atención:	**2022-11-04 07:23:01.000**
Dirección:	**calle 27 - 14 - 02 rosales**	Tipo Evaluación:	**Pre-ingreso**
Edad:	**35 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Femenino**		
Teléfono:	**0**		
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTORA**		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

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

Sintomaticos

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

Extralaborales

	Presenta	Descripcion
Servicio Militar	No	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

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

Traumaticos

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

Quirurgicos

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

Toxicos y Farmacos

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

Audiometria - Habitos

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

Otros habitos NO REFIERE

Audiometria - Examen Fisico

OIDO DERECHO

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

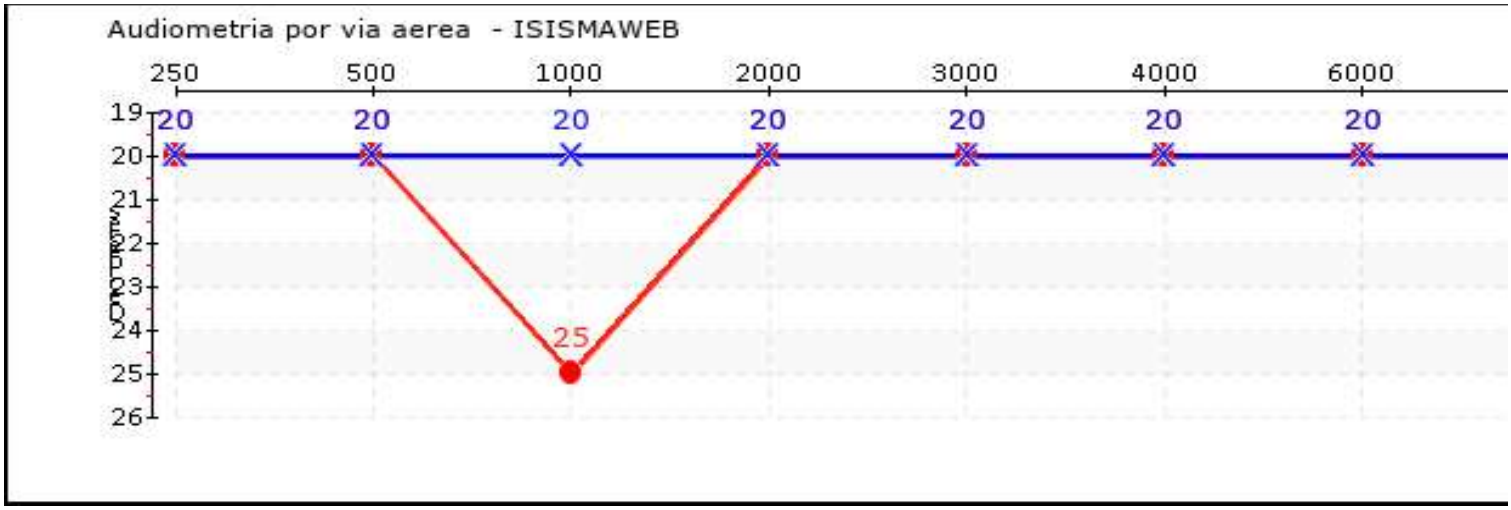
Otro SIN HALLAZGOS

OIDO IZQUIERDO

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

Otro SIN HALLAZGOS

Audiometria - Grafica



Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen: Via Aerea

PTA (5123)

OI 20 dB

OD 21.25 dB

Frecuencias

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

Audiometria - Audiograma Anterior

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

Audiometria - Audiograma Diferencia

Cambio Significat: No

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

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- [ ] Remision ORL
- [ ] Rotar Diadema Telefonica
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Limpieza OI

- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Lavado de Oido
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Elemento de proteccion

Audiometria - Controles

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

Audiometria - Impresion Diagnostica

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

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: Normal

* Descripcion del Resultado general
AUDICION NORMAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO

Consentimiento Informado del Trabajador

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





Nombre Profesional: Kattia Gissella Cortes Cortes 0
Registro Profesional: 1193223684

Nombre del Paciente: **MARTHA VIANEY TIBAVISCO**
Identificacion del Paciente: **CC - 1121827243**

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

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES

CERTIFICADO DE REGISTRO
INDUSTRIA Y COMERCIO

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

FECHA: 22/01/2025 **No. 25180110000401**

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

CERTIFICA:

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

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

1. Número de Identificación Tributaria	D.V.	2. Tipo de Contribuyente	3. Régimen
1121827243	3	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
05/04/2019	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	1121827243	MARTHA VIANEY TIBAVISCO ARDILA

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CALLE 10A 26A - 03

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	EL CENTAURO
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
VIANEYTIBAVISCO@MISENA.EDU.CO	3118264481	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	323	407220	10/09/2009
Actividad Secundaría	314	408523	02/01/2013
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

Matricula M.	Nombre del Establecimiento	Dirección	Fecha de Apertura	Fecha de Cierre

Se expide el **22 de enero del 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

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

Proyectó: ENIETO

Powered by CamScanner