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
NARANJO	CARDONA	ALEXANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 30321612	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 07 MES 05 AÑO 1971

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO MANIZALES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 36 N º 97 - 50 Casa

PAÍS COLOMBIA DEPTO CALDAS

MUNICIPIO MANIZALES

TELÉFONO 8919424 EMAIL alexandranc71@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	1989
										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	8	X		LICENCIATURA EN LENGUAS MODERNAS	05	2001	

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*
ESPAÑOL			X			X			X
FRANCÉS	X				X			X	
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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
86825264	*Día*	12	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
287 INSTRUCTORA	CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIO	CALLE 48 6 -40

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CALDAS	MANIZALES	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	20	*Mes*	09	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INSTRUCTOR - SENA	CALDAS-CENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y	CALLE 57 8 69 VIA AL MAGDALENA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

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

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CALDAS	MANIZALES	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	16	*Mes*	06	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
1972 INSTRUCTOR	CALDAS-CENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y	CALLE 57 8 69 VIA AL MAGDALENA

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 CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1972 INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* CALDAS-CENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y					*DIRECCIÓN* CALLE 57 8 69 VIA AL MAGDALENA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	14	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 57 N 8 69					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 57 N 8 69					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	04	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 57 N 8 69					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALDAS-CENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y					*DIRECCIÓN* AVENIDA 10 - KM 10 VIA AL MAGDALENA					

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 CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	26	*Mes*	09	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 57 N 8 69						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8748444	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2016	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE VIRTUAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8748444	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 57 N 8 69						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	25	*Mes*	05	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL					*DIRECCIÓN* CALLE 57 N 8 69						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CALDAS-CENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y					*DIRECCIÓN* AVENIDA 10 10 10						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8741546	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2013	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Kilometro 12 vía al Magdalena						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	07	*Año* 2012	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	23	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	04	*Mes*	07	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	07	*Año* 2011	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2011	*Día*	02	*Mes*	07	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL					*DIRECCIÓN* - Km vía, Cl. 10, Magdalena						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	01	*Año* 2010	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	24	*Mes:*	01	*Año:* 2013	*Día:*	06	*Mes:*	06	*Año:*	2013	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 22 27A 49						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	31	*Mes:*	07	*Año:* 2012	*Día:*	03	*Mes:*	12	*Año:*	2012	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 22A BIS A NORTE 22H 22 ESTE Carrera 22 No.						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	26	*Mes:*	01	*Año:* 2012	*Día:*	04	*Mes:*	06	*Año:*	2012	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN*						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	08	*Año:* 2011	*Día:*	03	*Mes:*	12	*Año:*	2011	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 22A BIS C ESTE 22H 22						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES			CORREO ELECTRÓNICO:								
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 01	Mes: 02	Año: 2011		FECHA DE RETIRO	Día: 04	Mes: 06	Año: 2011			
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO			DIRECCIÓN: CARRERA 22A BIS A ESTE 22A 23								
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES			CORREO ELECTRÓNICO:								
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 02	Mes: 08	Año: 2010		FECHA DE RETIRO	Día: 27	Mes: 11	Año: 2010			
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO			DIRECCIÓN: CARRERA 22A BIS C ESTE 67A 49 ESTE								
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES			CORREO ELECTRÓNICO:								
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 01	Mes: 02	Año: 2010		FECHA DE RETIRO	Día: 04	Mes: 06	Año: 2010			
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO			DIRECCIÓN: CARRERA 22 67A 49 ESTE								
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ-FUNLAM		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES			CORREO ELECTRÓNICO:								
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO	Día: 03	Mes: 02	Año: 2009		FECHA DE RETIRO	Día: 10	Mes: 06	Año: 2009			
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO			DIRECCIÓN: CARRERA 22 67A 49								
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLEGIO EUGENIA RAVASCO		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES			CORREO ELECTRÓNICO:								
TELÉFONOS: 8850552	FECHA DE INGRESO	Día: 26	Mes: 01	Año: 2009		FECHA DE RETIRO	Día: 17	Mes: 03	Año: 2009			
AREA DE CONOCIMIENTO: COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA			DIRECCIÓN: CALLE 52 - 25 05								

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: UNIVERSIDAD REMINGTON		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	07	Año: 2008	Día:	30	Mes:	12	Año:	2008	
AREA DE CONOCIMIENTO: COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CARRERA 22A - 21A 21						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLEGIO EUGENIA RAVASCO		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8850532	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2008	Día:	30	Mes:	11	Año:	2008	
AREA DE CONOCIMIENTO: COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CALLE 54 - 25 05						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLEGIO EUGENIA RAVASCO		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8850532	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2007	Día:	30	Mes:	11	Año:	2007	
AREA DE CONOCIMIENTO: COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CALLE 54 - 25 05						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLEGIO EUGENIA RAVASCO		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8850532	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	16	Mes:	01	Año: 2006	Día:	09	Mes:	12	Año:	2006	
AREA DE CONOCIMIENTO: COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CALLE 54 - 25 05						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLEGIO EUGENIA RAVASCO		PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: CALDAS	MUNICIPIO: MANIZALES					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 8850532	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	25	Mes:	01	Año: 2005	Día:	15	Mes:	12	Año:	2005	
AREA DE CONOCIMIENTO: COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CALLE 54 - 25 05						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUCION EDUCATIVA MUNDOS POSIBLES		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CALDAS	MUNICIPIO MANIZALES			CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
	Día:	01	Mes: 07	Año:	2001		Día:	01	Mes: 12	Año: 2004
AREA DE CONOCIMIENTO COMERCIO E IDIOMAS	NIVEL EDUCATIVO BASICA SECUNDARIA			DIRECCIÓN CALLE 77 - 21 27						

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	2	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	2
EXPERIENCIA DOCENTE	9	9

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Manizales 13 de febrero de 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

ELIANA CONSTANZA TELLO ZAMBRANO

Firmado digitalmente por ELIANA CONSTANZA TELLO ZAMBRANO
Fecha: 2025.02.17 10:18:38 -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	2025-02-14 15:42

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALEXANDRA		NARANJO	CARDONA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	30321612

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES

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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	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	$37.033.362,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$100.000.000,00
TOTAL	$137.033.362,00

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	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
PORCENTAJE LOTE	COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES	$20.000.000,00
PORCENTAJE INMUEBLE	COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES	$60.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO EDUCATIVO	$1.000.000,00

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:

Salud Total EPS-S

Bogotá, Febrero 11 de 2025

Señora:
NARANJO CARDONA ALEXANDRA
CC. 30321612
CR 36 97 50 - 8919424
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 28 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
AGUIRRE NARANJO LAURA SOFIA	1053859528	C	Abr-21-2004	323	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-11-2022	Exclusión por pérdida de Calidad de Beneficiario	Ninguna
NARANJO CARDONA ALEXANDRA	30321612	C	Ene-28-2016	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ALEXANDRA NARANJO CARDONA	30321612	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	30321612	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Sonia Valencia Buitrago - Analista Integral de Servicio al Cliente / Informador

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

Scanned with CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEXANDRA NARANJO CARDONA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **30321612,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2018** 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 10 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

Clínica Fame I.P.S S.A.

Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Fecha y hora: 08-02-2025 08:30 AM
Identificación: CC 30321612
Paciente: ALEXANDRA NARANJO CARDONA
Entidad: Salud Total Eps-S S.A.

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para EXAMEN DE INGRESO CON EL SENA
CARGO:

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:SI_X__ NO___

EXAMEN MEDICO, PSICOLOGICO, PSICOSOCIAL, NEUROLOGICO, AUDICION, VISION, DERMATOLOGICO, RESPITATORIO, CARDIACO, OSTEOMUSCULAR Y PULMONAR SATISFACTORIO

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:
Tamizaje de Audiometría: SATISFACTORIO
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría: PRESBICIA
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Evaluación Osteomuscular: SATISFACTORIO
Evaluación Dermatológica: SATISFACTORIO
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: SATISFACTORIO
Evaluacion Psicosocial: SATISFACTORIO
Evaluación Abdominal: SATISFACTORIO
LABORATORIOS PERFIL LIPIDICO GLICEMIA

Secuela Accidente laboral no reportado: NO

Scanned with CamScanner

Clínica Fame I.P.S SA

Tu salud en manos de excelente seres humanos

CLÍNICA FAME IPS SA
NIT: 900009347
Código Prestador: 170010173801
Ciudad Manizales
Carrera 21 # 23-26 MANIZALES CALDAS
clinicafameips@hotmail.com
Tel: 8821222
Cel: 3213788012

CERTIFICADO

Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO
SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO ----------VALORACION POR OPTOMETRIA
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍCA SUGERIDOS: NINGUNO

EXAMEN LABORAL DE: INGRESO
SATISFACTORIO PARA REALIZAR TRABAJO ASIGNADO
RECOMENDACIONES USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL,CUMPLIR CON LOS REGLAMENTOS DE SST, INFORMAR CAMBIOS DE SALUD Y ACCIDENTES LABORALES, NO SE EVIDENCIAN HERNIAS NI EVENTRACCIONES EN ESTE ESTUDIO, HIGIENE POSTURAL. ACATAR NORMAS DE SEGURIDAD, PAUSAS ACTIVAS. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA CON LA EPS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: autorizo al (a/el)Doctor(a) abajo mencionado (a) a realizar en mi, examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registro en este documento, (el) (la)Doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y los riesgos para el exámen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) a partir de la respectiva historia clinica antes de la respectiva toma de pruebas.Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara el (los) exámenes.Fui informado de las medidas que tomará la institución para proteger la confidencialidad de los resultados, las respuestas dadas por éstas son verídicas y son completas, autorizo a la entidad para que suministre a mi empresa donde trabajo y/o entidades contempladas en la legislación vigente para que suministre éste documento para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones que lo ameritan.

Profesional que realizó el certificado:

Dr Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia
de Salud Ocupacional
Reg Optal 1179 Reg Nal 8740

Alexandra Mayo Cardona
30.321.612

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 **RM: 8440**
SALUD OCUPACIONAL

Scanned with CamScanner

Laboratorio Clinico
Silvio Alfonso Marín Uribe

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe (S.A.S)
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
NIT: 900597473-7
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente: NARANJO CARDONA ALEXANDRA
Historia: 30321612
Fecha y Hora de ingreso: 2025-02-08 11:54
Fecha de impresión:
Empresa : CLINICA FAME IPS LTDA.

Edad: 53 Años
Sede : Principal
Telefono:

Orden No.: 202502080176
Fecha de nacimiento: 1971-05-07 00
Género: Femenino
Sala: Consulta Externa

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	QUIMICA CLINICA				
GLUCOSA EN SUERO	118	mg/dl	*	70 - 99	08/02/2025 13:08

NORMAL 70 - 100
PREDIABETES 100 - 125
DIABETES >= 126

REFERENCIA ADA 2023

Se sugiere correlación clínica.
Técnica:Reflectancia - Química seca

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL TOTAL	226	mg/dl	*	1 - 200	08/02/2025 13:08

Optimo Menor a 200
Ligeramente Aumentado 200 a 239
Elevado Mayor a 240

REFERENCIA ATP III

Técnica:Reflectancia - Química seca

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	27	mg/dl	*	35 - 65	08/02/2025 13:08

	HOMBRE	MUJER
Sin Riesgo	Mayor 55	Mayor 65
Riesgo Moderado	35-55	45-65
Riesgo Alto	Menor 35	Menor 45

Valores Inferiores a 35 Significa un Riesgo Alto

Técnica:Reflectancia - Química seca

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	135	mg/dl	*	1 - 100	08/02/2025 13:08

Valores Superiores a 160 Significan un Riesgo Alto

Scanned with CamScanner

Laboratorio Clinico
Silvio Alfonso Marín Uribe

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe (S.A.S)
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
NIT: 900597473-7
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente: NARANJO CARDONA ALEXANDRA
Orden No.: 202502080176
Historia: 30321612
Edad: 53 Años
Fecha de nacimiento: 1971-05-07 00
Fecha y Hora de ingreso: 2025-02-08 11:54
Sede : Principal
Género: Femenino
Fecha de impresión:
Telefono:
Sala: Consulta Externa
Empresa : CLINICA FAME IPS LTDA.

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
QUIMICA CLINICA					
LIPOPROTEINA DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	64.0	mg/dl	•	16 - 34	08/02/2025 13:08
TRIGLICERIDOS	320	mg/dl	•	0 - 150	08/02/2025 13:08

NORMAL < 150
LIMITE ALTO 150 - 199
ALTO 200 - 499
MUY ALTO > 500

VALORES SUPERIORES A 200 SIGNIFICAN UN RIESGO ALTO

Técnica:Reflectancia - Química seca

INDICE ARTERIAL	8.4	%	•	2.7 - 7.5	08/02/2025 13:08

Técnica:Reflectancia - Química seca

Isabel C. Sánchez Giraldo
Isabel Cristina Sánchez Giraldo
CC: 1053840625
Bacterióloga

Scanned with CamScanner

M. Marcela Alvarán Cardona

Fonoaudiologa - Especialista en Audiología

Espescialista Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.

EVALUACION DE VOZ

IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDO ALEXANDRA NARANJO CARDONA
EDAD 53AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO 07-05-1971
CC 30321612
FECHA EVALUACION FEBRERO 10-2025

1. EVALUACION SUBJETIVA DE LA VOZ

1.1 Como calificaría usted su Voz: Excelente__Buena XRegular _Mala_____
1.2 Antes presento alguna dificultad a nivel de cuerda vocal: ¿SI NO _X__
1.3 Fuma SI NO X
1.4 Ha Experimentado alguna disfonía durante o después de hablar? NO

SINTOMAS	SI	NO
Voz Cansada		X
Dolor o Malestar en el Cuello		X
Sensación de Hormigueo o ardor en la garganta		X
Carraspeo		X
Tos		X
Interrupción en la Voz		X
Se queda sin aire en la mitad de las palabras		X
Ronquera		X
Al hablar presenta cambios bruscos en el tono de la voz		X

EVALUACION VOZ

1. RESPIRACION

MODO

INSPIRACION: NASAL_X_BUCAL_____MIXTO__
ESPIRACION: NASAL_____BUCAL_X_MIXTO

TIPO	FONACION	REPOSO
Clavicular de ascenso.....		
Costal Superior.....	X	X
Costal Diafragmático.....		
Costal abdominal.....		

2. RENDIMIENTO

2.1 Tiempo de Inspiración 13
2.2 Tiempo de Expiración 12
2.3 Conteo 17
2.4 Vocales 7 Veces
2.5 Días Semana 2SEMANA

AUDIFONOS
100% Digitales

Edificio Yulivan Cra. 22 No. 26 - 03 Piso 1
Teléfonos: 873 1343 - 882 9986
Celulares: 310 821 1950 - 310 523 1214 - Manizales

Scanned with CamScanner

3 FUNCIONES LARINGEAS NO VOCALES

	NORMAL	INSONORA	DEBIL
TOS	x		
RISA	x		
CARRASPEO	x		

4. COORDINACION FONORESPIRATORIA

	NORMAL	ALTERADA
CONVERSACION	X	
LECTURA	X	

5. EFECTO GLAZTER

VOCAL	NASALIZA	NO NASALIZA
A		X
E		X
I		X
0		X
U		X

6. ESCALA GRABS

		0 NORMAL	1 LEVE	2 MODERADO	3 SEVERO
G	Grado de afectación general y global voz	X			
R	Ronquera, indica ronquera o rasposidad de la voz	X			
A	Astenia indica el grado de fatiga o cansancio de la voz	X			
B	Aérea indica el escape de aire o voz soplada	X			
S	Tensión indica grado de tensión	X			

DIAGNOSTICO DE FONOAUDIOLOGIA

VOZ NORMAL – SIN EVIDENCIA DE DISFONIA

RECOMENDACIONES PAUTAS DE HIGIENE VOCAL

-No carraspee

-No Grite

- Evite los cambios bruscos de temperatura

-Mantener líquido para consumir mientras este dictando clase

-No consumir los alimentos ni muy caliente ni muy frio

-No consumir alimentos muy condimentados

. No acostarse después de comer para evitar dificultades gástricas que producen disfonía

M.MARCELA ALVARAN CARDONA

FONOAUDIOLOGA

TP 30312776

Scanned with CamScanner

M. MARCELA ALVARAN CARDONA
AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha de impresión 10/02/2025 9.15 AM

FECHA DE EXAMEN 2025-02-10 09:08:21 **TIPO DE EXAMEN** PERIODICO

DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST			**NIT**	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	**E-MAIL**	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM		
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950		**SEDE**	CENTRO	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	ALEXANDRA NARANJO CARDONA						
IDENTIFICACION	CC	30321612	**EDAD**	53 Años	**SEXO**	F	
ESTADO CIVIL	SEPARADO (A)	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIETNO**	07/05/1971		
LUGAR DE NACIMIENTO	MANIZALES	**DIRECCION**	CRA36 N97-50	**ESTRATO**	3		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	CALDAS	**MUNICIPIO**	MANIZALES	**TELEFONOS**	3135217056	
GRUPO FAMILIAR			**GRUPO SANGUINEO**	A +			
ARL	POSITIVA						
EPS	SALUD TOTAL						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	**CARGO**	INSTRUCTORA
SEDE	MANIZALES	**FECHA DE INGRESO**	10-02-2025
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	**AREA**	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	INSTRUCTORA
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	6 Meses y 1 Año

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	NO
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

Scanned with CamScanner

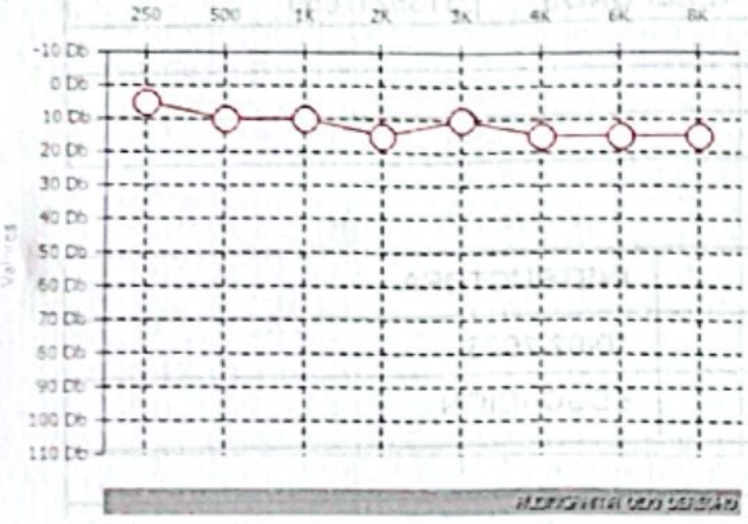
Fecha de impresión 10/02/2025 9.15 AM

Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

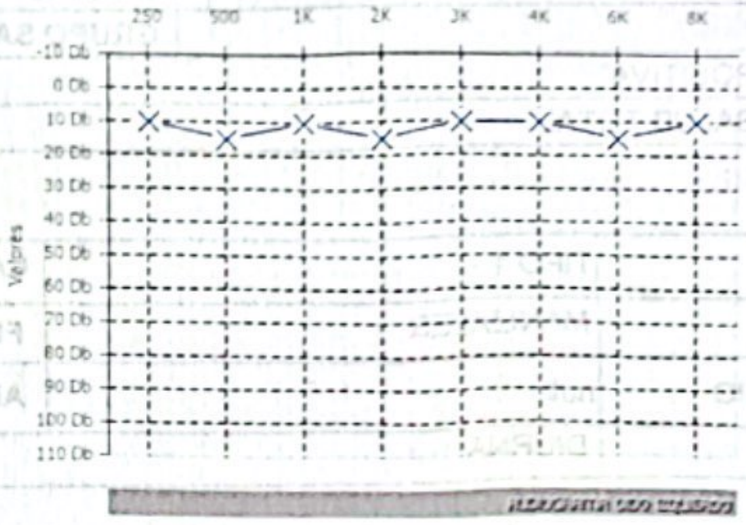
OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	No
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL			X	PASA
HIPOACUSIA				
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	BILATERAL
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES		
USO DE PROTECCION AUDITIVA		
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		
LAVADO AUDITIVO BILATERAL		

Scanned with CamScanner

AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA		
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30312776 RM: 16132
Firma y sello del Médico Evaluador

ALEXANDRA NARANJO CARDONA
C.C 30321612
Firma del trabajador Evaluado

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 14/02/2025

No. 25360110000913

INFORMACIÓN GENERAL

1. Tipo de Novedad	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil
INSCRIPCIÓN PORTAL	01/02/2025		

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

5. Tipo de Documento	6. No. de Documento	7. D.V.	8. Tipo de Persona	9. Régimen Industria y Comercio
CC	30321612	4	NATURAL	Común () – Simplificado(X)

10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente
NARANJO CARDONA ALEXANDRA

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

REPRESENTANTES LEGALES

Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL

15. Tipo de Documento	16. No. de Documento	17. Nombres y Apellidos	18. Tarjeta Profesional
CC	30321612	ALEXANDRA NARANJO CARDONA	

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

19. Dirección Fiscal	20. Departamento	21. Ciudad o Municipio
CARRERA 23 # 69 - 29, APARTAMENTO 602	CALDAS	MANIZALES

22. Barrio	23. Correo Electrónico	24. Teléfono	25. Celular
LA CAMELIA	ALEXANDRANC71@GMAIL.COM	3135217056	3135217056

ACTIVIDADES ECONOMICA

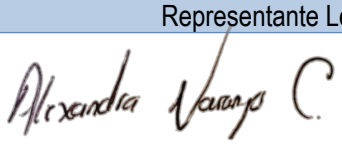
Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8523-0	EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA Y DE FORMACIÓN LABORAL	18/01/2013	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre	Dirección	Teléfono	Fecha Apertura	Fecha Cierre

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

Representante Legal o Propietario



Nombre: NARANJO CARDONA ALEXANDRA
No. Identificación: 30321612

Código de Verificación

** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 30321612 - FECHA: 14/02/2025 **