FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ticora	Gonzalez	Nasly Adith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 40332889	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES 09 AÑO 1984

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 5B 16 18 CASA MACUNAYMA

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3208407300 EMAIL naslyticora@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	2000
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECALIZACION EN GERENCIA	11	2014	NO
PREGRADO	10	X		ECONOMIA	06	2006	34024

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*
INGLÉS	X			X			X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6818500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	24	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL C.P.S. COMO ECONOMISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE VIVIENDA					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 38 45 centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3214435112	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	08	*Año* 2022	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* SECRETARIA VIVIENDA					*DIRECCIÓN* CALLE 39 33A 90 94 centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 1800012920	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRTAISTA-ECONOMISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE VIVIENDA					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 38 45 centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4430020	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ``PRESTAR SERVICIOS PROFESIONA	*DEPENDENCIA* ADIMISTRATIVA-OPERATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 66						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6624406	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OPERATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 66						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6818140	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	12	*Año* 2019	*Día*	27	*Mes*	06	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE APOYO	*DEPENDENCIA* CENTRO DE INVESTIGACION					*DIRECCIÓN* AVENIDA 40 24A 71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4430020	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	09	*Año* 2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* REINCORPORACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 66						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6818140	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	10	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA PROFESIONAL DE PROYECT	*DEPENDENCIA* CENTRO INVESTIGACIONES					*DIRECCIÓN* AVENIDA 40 24A 71						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5932211		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* REINCORPORACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 66					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5932211		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	07	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL FACILITADORA		*DEPENDENCIA* AREA OPERATIVA Nº 3 META - VICHADA -					*DIRECCIÓN* CALLE 32 null null N 41 30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6624406		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL FACILITADOR		*DEPENDENCIA* ASESORA PARA LA REINCORPORACIO					*DIRECCIÓN* CALLE 32 null null N 41 30					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA PARA LA REINCORPORACION Y LA NORMALIZACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6624406		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	07	*Año*	2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* REINCORPORACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 11 66					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6624406		*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	23	*Mes*	07	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		*DEPENDENCIA* REINTEGRACION					*DIRECCIÓN* CALLE 32N 41 30					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* REINTEGRACION					*DIRECCIÓN* CALLE 32N 41 30 Barrio Barzal						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5932211	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE REINTEGRACION					*DIRECCIÓN* CALLE 12C 7 19						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* REINTEGRACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 7N ° 81 -26						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGENCIA COLOMBIANA PARA LA REINTEGRACION DE PERSONAS Y GRUPOS ALZADOS EN ARMAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* REINTEGRACION					*DIRECCIÓN* CALLE 32N 41 30 Barrio Barzal						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6513838	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EMPESARIAL	*DEPENDENCIA* ADIMISTRATIVA-OPERATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 7 81 26						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3813322	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	08	*Año*	2011	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04 PROFESOR	*DEPENDENCIA* AREA OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 12 64					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3813322	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	02	*Año*	2011	*Día*	04	*Mes*	06	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04 PROFESOR	*DEPENDENCIA* AREA OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 12 64					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2010	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04 PROFESOR	*DEPENDENCIA* AREA OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 12 64					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3813222	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2009	*Día*	21	*Mes*	11	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04 PROFESOR	*DEPENDENCIA* AREA OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 5 12 64					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3813322	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2009	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04 PROFESOR	*DEPENDENCIA* AREA DE OPERATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 12 64					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*			
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*				*DIRECCIÓN*					

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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	3
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 14/02/2025

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: 2025.02.21 17:23:16 -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	INGRESO	Fecha de publicación	2025-02-14 19:37

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NASLY	ADITH	TICORA	GONZALEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	40332889

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 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$3.600.000,00
Honorarios	$43.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$46.600.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$130.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
HIPOTECA	$98.000.000,00

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:

DIAN

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

PRIVADA

210

1. Año: 2022

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2117751363289

(415)7707212489984(8020) 000211775136328 9

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
4033288	9	TICORA	GONZALEZ	NASLY	ADITH	22

24. Actividad económica principal: 0010 — Si es una corrección indique: — 25. Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable siguiente — 28. Pérdidas fiscales acumuladas años anteriores, sin compensar: 0

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	258,790,000	Deudas	30	133,136,000	Total patrimonio líquido	31	125,654,000

Cédula general

Conceptos/rentas	Rentas de trabajo		Rentas por honorarios y comp. de serv. personales sujetos a costos y gastos y no a las rentas exentas num. 10 art. 206 E.T.		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos	32	46,990,000	43	3,510,000	58	0	74	0
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**	46,990,000	**46**	3,510,000	**61**	0	**78**	0
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y/o AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	11,748,000	48	0	64	0	81	0
Total rentas exentas	**37**	11,748,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
Deducciones imputables: 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**	11,748,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			**54**	3,510,000	**70**	0	**87**	0
Pérdida líquida del ejercicio			**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria	**42**	35,242,000	**57**	3,510,000	**73**	0	**90**	0

Ren. líquida céd. gen.	91	50,500,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	11,748,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	38,752,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	38,752,000	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 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 año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	111	0
Rentas deudores régimen Ley 1116 de 2006, Decretos 560 y 772 de 2020	112	0
Utilización pérdidas fiscales acumuladas (Inc. 2, art 15 Decreto 772 de 2020)	113	0
Costos por ganancias ocasionales	114	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	115	0

Liquidación privada

Ganancias ocasionales gravables	**116**	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: General y de pensiones	117	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Renta presuntiva y de pensiones	118	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y/o participaciones año 2016	119	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y/o participaciones año 2017 y siguientes, 1a. subcédula	120	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y/o participaciones año 2017 y siguientes, 2a. subcédula, y otros	121	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**122**	0
Descuentos: Imp. pagados en el exterior	123	0
Donaciones	124	0
Descuentos: **Otros**	125	0
Total descuentos trib.	**126**	0
Impuesto neto de renta	**127**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	128	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	129	0
Total impuesto a cargo	**130**	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	131	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	132	208,000
Retenciones año gravable a declarar y/o abono por inexequibilidad impuesto solidario por el COVID -19	133	32,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	134	0

Saldo a pagar por impuesto	135	0	Sanciones	136	0	Total saldo a pagar	137	0	Total saldo a favor	138	240,000

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 exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

DIAN — 2023-10-06 / 09:03:57 AM — Fecha Acuse de Recibo — Firmado

2023-10-06/09:03:57

980. Pago total $: 0

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

91900083896644

2023407622698 4

RECIBIDO

VILLAVICEN, Febrero 14 de 2025

Señora:
TICORA GONZALEZ NASLY ADITH
CC. 40332889
CL 5B N 16 18 BRR MACUNAYMA - 0
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 Octubre 6 de 2023. 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
TICORA GONZALEZ NASLY ADITH	40332889	C	Oct-6-2023	55	26	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
AGENCIA DE GESTION Y COOPERACION PARA EL DESARROLL	40332889	Dependiente	CERRADO
NASLY ADITH TICORA GONZALEZ	40332889	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

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,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TICORA GONZALEZ NASLY ADITH** identificado(a) con **CC** número **40.332.889** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2004 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 14 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

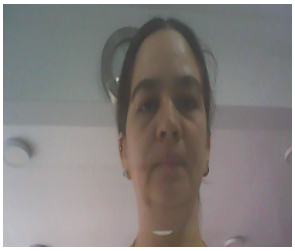
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025021416092

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD FORMATO ANEXO CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

Fecha de impresión: 2024/07/27 09:18:10 am

TIPO DE EXAMEN : INGRESO
FECHA DE EXAMEN : 2024-07-27 08:13:30
CIUDAD : VILLAVICENCIO



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**CARGO**	PROFESIONAL SOCIAL
CONTRATISTA	PARQUES NATURALES NACIONALES		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	NASLY ADITH							
Apellidos	TICORA GONZALEZ							
Identificación	CC	40332889	**Telefonos**	3208407300	**Genero**	F	**Edad**	39 Años
Correo Electronico:	NASLYTICORA@GMAIL.COM							

1. EXAMENES REALIZADOS

ANEXOS	EXAMEN DE OPTOMETRIA	EXAMEN AUDIOMETRIA
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		

2. CONCEPTO DE APTITUD

CUMPLE REQUISITOS NECESARIOS PARA OCUPAR EL CARGO	

3. RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

4. IDONEIDAD

PARA EL PRESENTE CONCEPTO DE ACUERDO A ORDEN DE SERVICIO SOLO SE CALIFICAN LAS SIGUIENTES IDONEIDADES:

IDONEO PARA MANIPULACION CARGAS	SI

5. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES	Higiene postural
RECOMENDACIONES	Induccion al cargo
RECOMENDACIONES	Utilizacion EPP
SEGUN IMC	Ejercicio regular
SEGUN IMC	habitos de vida saludables
VACUNAS COVID 19	2da Dosis

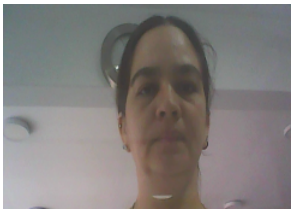
"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dr. Giovanni L. Sanguino
Medico Especialista en Salud Ocupacional
Lic SO 4783

Dr. GIOVANNI LEONARDO SANGUINO DELGADO
MEDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC SO 4783 RM 85525

NASLY ADITH TICORA GONZALEZ
CC 40332889
Firma del trabajador evaluado





FECHA DE EXAMEN 27-jul-2024

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**CARGO**	PROFESIONAL SOCIAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	NASLY ADITH								
APELLIDOS	TICORA GONZALEZ								
IDENTIFICACION	CC	40332889	**EDAD**	39 Años	**SEXO**	F	**GRUPO SANGUINEO**	O +	
ESTADO CIVIL	Casado (a)		**ESCOLARIDAD**	Profesional	**FECHA DE NACIMIENTO**		15/09/1984		
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**	META		**GRUPO FAMILIAR**			**Estrato**	2	
DEPARTAMENTO	Meta		**MUNICIPIO**	Villavicencio	**DIRECCION**		MACUNAIMA		
TELEFONOS	3208407300	**ARL**	OTROS			**EPS**	Salud Total		

ANTECEDENTES VISUALES
NIGUNO
ANTECEDENTES OCUPACIONALES
NIGUNO
MOTIVO CONSULTA
NGERSO
SINTOMAS

ULTIMO CONTROL VISUAL

Ultimo Examen	Usa RX	Interpretación	Antiguedad
Mayor a 2 años			

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
SIN CORRECCION AO	
CON CORRECCION AO	
SIN CORRECCION OD	20/25
CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OI	20/25
CON CORRECCION OI	
VISION PROXIMA	
SIN CORRECCION AO	
CON CORRECCION OD	
SIN CORRECCION OD	05m
SIN CORRECCION OI	05m
CON CORRECCION OI	
CON CORRECCION AO	

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO	SANO
OJO IZQUIERDO	SANO

PERCEPCION

COLOR	NORMAL
PROFUNDIDAD	NORMAL

REFRACCION

OJO DERECHO	
OJO IZQUIERDO	

MOVIMIENTO

CONVERGENCIA	
OR	5 CMS
LUZ	
COVER TEST	
VP	x
VL	

OFTALMOSCOPIA

OJO IZQUIERDO	SNAO
OJO DERECHO	SANO

RX FINAL

ADD	
OJO DERECHO	
AV	
OJO DERECHO	n-050x0
OJO IZQUIERDO	
OJO IZQUIERDO	n-050x0
AV	

RECOMENDACIONES

rx descanso

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Astigmatismo
OBSERVACIONES	astig leve

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES	
ANTIGUEDAD (DEL USO DE LENTES)	

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.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO



AIDA NATALIA VALDERRAMA
ESLAVA
RM: 5243



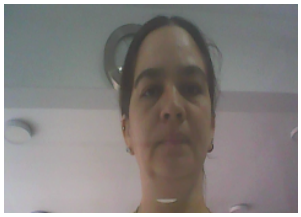


NASLY ADITH

C.C 40332889

Firma del trabajador Evaluado

FECHA DE EXAMEN 2024-07-27 09:15:45
TIPO DE EXAMEN INGRESO



DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR	**CARGO**	PROFESIONAL SOCIAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES	NASLY ADITH								
APELLIDOS	TICORA GONZALEZ								
IDENTIFICACION	CC	40332889	**EDAD**	39 Años	**SEXO**	F	**GRUPO SANGUINEO**	O +	
ESTADO CIVIL	CASADO (A)		**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**		15/09/1984		
PROCEDENCIA	**LUGAR DE NACIMIENTO**		META	**GRUPO FAMILIAR**		**Estrato**	2		
DEPARTAMENTO	META		**MUNICIPIO**	VILLAVICENCIO	**DIRECCION**		MACUNAIMA		
TELEFONOS	3208407300	**ARL**	OTROS			**EPS**	SALUD TOTAL		

ANTECEDENTES AUDITIVOS

ANTECEDENTES LABORALES

PROTECCION AUDITIVA	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	NO

OTOSCOPIA

PABELLON AURICULAR	Normal
OTROS HALLAZGOS	
TAPON DE CERA	No
TIMPANO	Normal

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO
TAREAS CON EQUIPOS	NO

ANTECEDENTES PERSONALES

OTROS	NO

AUDIOMETRIA

DESCANSO AUDITIVO	SI

ANTECEDENTES LABORALES

CARGO	
EXPOSICION A RUIDO	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

OTROS	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

HIPOACUSIA	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE
ACUFENOS	NO REFIERE
ACUFENOS OCASIONALES	NO REFIERE
AUMENTAN CON	NO REFIERE
AUMENTAN CON RUIDO	NO REFIERE
CIRUGIA DE OIDO	NO REFIERE
PROBLEMAS DE	NO REFIERE
OTITIS MEDIA SIN	NO REFIERE
OTITIS MEDIA CON	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE

ANAMNESIS

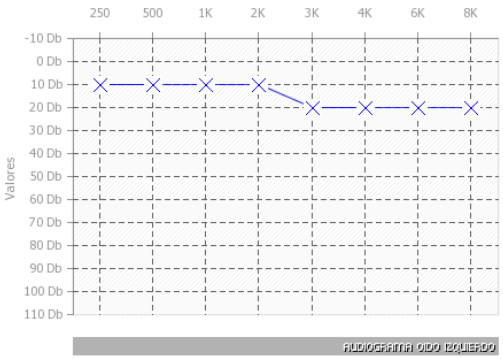
ULTIMO EXAMEN DE	Primera vez
INTERPRETACION	

CAUSA		
ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO		
MOTOCICLISMO	SI	OCASIONAL

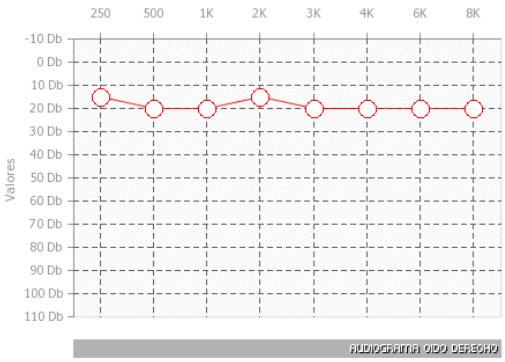
AUDIOGRAMA

AUDIOGRAMA

Oido Izquierdo



Oido Derecho



DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

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

SEVERIDAD - CAOHC

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

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO 1	Examen de oídos y de la audición
IMPRESION DIAGNOSTICA	AUDICION NORMAL BILATERAL.

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA	NO	
LAVADO AUDITIVO OD	NO	
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	SI	
LAVADO AUDITIVO OI	NO	
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	
AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS	NO	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES	NO	
LAVADO AUDITIVO BILATERAL	NO	

USO DE PROTECCION AUDITIVA	NO	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
AUDICION NORMAL BILATERAL. CONTROL AUDITIVO ANUAL.
OBSERVACIONES

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO



EDNA JOHANNA MARTINEZ GARCIA
C.C 37442844 RM: 54-1358
Firma y sello del Médico Evaluador

NASLY ADITH TICORA GONZALEZ
C.C 40332889
Firma del trabajador Evaluado



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: 20/02/2025 **No. 25180110001169**

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
40332889	0	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
NASLY ADITH TICORA GONZALEZ

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
15/04/2021	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	40332889	NASLY ADITH TICORA GONZALEZ

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CALLE 5 B # 16 - 18

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	MACUNAYMA
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
NASLYTICORA@GMAIL.COM	67666777	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	305	407020	01/01/2007
Actividad Secundaría			
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

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

Se expide el **20 de febrero del 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

MYRIAM LUCIA 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: JLGIL