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
GALINDO	BETANCOURT	JUAN CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 17345398	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 17345398 D.M. 05

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 06 AÑO 1970	CARRERA 29A 46 25 GRAMA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	2752823	EMAIL	jgbcontables@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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA TRIBUTARIA	02	2015	
PREGRADO	10	X		CONTADURIA PUBLICA	08	2002	T.P. No.144407 - T

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO 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*
UNIVERSIDAD JAVERIANA	EDUCACIÓN INFORMAL	100	X		CREATIVIDAD E INNOVACION PARA LAS ORGANIZACIONES	10	2017

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CORPORACION EDUCATIVA EMPRESARIAL CESGUA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3161651456	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADOR PROYECTOS	ACADEMICA CAPACITACION	TRANSVERSAL 28 41 30

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
UNIVERSIDAD DEL META		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
6086621825	*Día*	21	*Mes*	07	*Año*	2015	*Día*	15	*Mes*	02	*Año*	2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DOCENTE DE AULA	AREA DOCENTE	BARRIO SAN FERNANDO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
LALNOSOLUCIONES EU		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3102752823	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2008	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2009

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
GERENTE CONTROL CONTABLE	ADMINISTRATIVA - GERENCIA	CARRERA 29A 46 25

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MUNDO CONTABLE			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6016542578	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	06	*Año*	2008	*Día*	08	*Mes*	06	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA CONTABLE						*DIRECCIÓN* CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA COLPATRIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6012576622	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2005	*Día*	23	*Mes*	11	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR FINANCIERO	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO SERVICIOS FINANCIEROS						*DIRECCIÓN* CARRERA 13A 86A 92					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONTROL Y CONSULTORIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3125925861	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2003	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2004
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION/CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE null null null BARRIO ALBORADA					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION JUVENTUD CORJUVEMETA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 3163729432	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:*	2006	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2006
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA						*DIRECCIÓN* CALLE 23 - 23 05					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIVERSITARIA REMINGTON			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 6086730074	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	02	*Mes:*	02	*Año:*	2009	*Día:*	30	*Mes:*	06	*Año:*	2009
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* CARRERA 37 - 34 51					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: INSTITUO DE CIENCIA Y TECNOLOGIA CIBERTEC			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086703778	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	10	Mes:	02	Año:	2009	Día:	20	Mes:	06	Año: 2009
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN: CARRERA 37 - 34 51						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086635729	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	11	Mes:	09	Año:	2009	Día:	30	Mes:	12	Año: 2009
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2010	Día:	30	Mes:	11	Año: 2010
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: INSTITUTO UNIORIENTE			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3214779775	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	20	Mes:	01	Año:	2011	Día:	15	Mes:	06	Año: 2011
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN: CALLE 44 30 35						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	19	Mes:	07	Año:	2011	Día:	30	Mes:	12	Año: 2011
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	22	Mes:	02	Año:	2012	Día:	04	Mes:	07	Año: 2012
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	19	Mes:	09	Año:	2012	Día:	15	Mes:	12	Año: 2012
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2013	Día:	30	Mes:	11	Año: 2013
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2014	Día:	19	Mes:	08	Año: 2014
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	11	Mes:	09	Año:	2014	Día:	12	Mes:	12	Año: 2014
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSRIAL			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	31	Mes:	01	Año: 2015	Día:	28	Mes:	05	Año:	2015	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 31A - 34 35						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DE NARIÑO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086823030	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	02	Mes:	02	Año: 2015	Día:	06	Mes:	06	Año:	2015	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 22 - 10 89 VIA PUERTO LOPEZ						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CORPORACION UNIVERSITARIA DEL META - UNIMETA			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086621825	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	21	Mes:	07	Año: 2015	Día:	25	Mes:	01	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 32 - 34B 26						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 608663572	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	09	Mes:	02	Año: 2016	Día:	30	Mes:	11	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086635729	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	10	Mes:	02	Año: 2017	Día:	14	Mes:	12	Año:	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN: - KM 1 VIA ACACIAS						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CORPORACION UNIVERSITARIA DE COLOMBIA IDEAS			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086635729	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	05	Mes:	08	Año: 2018	Día:	07	Mes:	12	Año:	2018	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 30A - 41B 39						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR-CUN-			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 601381322	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	10	Mes:	08	Año: 2018	Día:	21	Mes:	11	Año:	2018	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: - BARRIO BARZAL						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086621839	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	13	Mes:	08	Año: 2018	Día:	23	Mes:	11	Año:	2018	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 31A - 34 35 RECURSOS FINANCIEROS 2						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086635729	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	04	Mes:	02	Año: 2019	Día:	30	Mes:	11	Año:	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 6 40 frente a cc viva						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 608663572	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	10	Mes:	02	Año: 2020	Día:	16	Mes:	12	Año:	2020	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 608663572	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	12	Mes:	02	Año:	2021	Día:	10	Mes:	12	Año: 2021
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: L SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6086635729	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	09	Mes:	02	Año:	2022	Día:	09	Mes:	12	Año: 2022
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6015461500	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	20	Mes:	02	Año:	2023	Día:	17	Mes:	11	Año: 2023
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO				DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 78J 41D 15 Barrio kennedy						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: VILLETA				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3102752823	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	02	Mes:	03	Año:	2024	Día:	13	Mes:	12	Año: 2024
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN: CALLE 2 13 3						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	11
EXPERIENCIA DOCENTE	13	2

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 10 de marzo 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.

Angelica Rocio Peña Sanchez

Firmado digitalmente por Angelica Rocio Peña Sanchez
Fecha: 2025.03.17 08:59:52 -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	2025-03-09 21:33

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	CARLOS	GALINDO	BETANCOURT

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	17345398

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	$42.200.000,00
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	$42.200.000,00

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	$4.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
PORTATIL	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$1.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

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: 2118668715137

(415)7707212489984(8020) 000211866871513 7

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
1734539	8 9	GALINDO	BETANCOURT	JUAN	CARLOS	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
6920					0

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	50,618,000	Deudas	30	1,844,000	Total patrimonio líquido	31	48,774,000

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	40,422,000	43	0	58	247,000	74	0
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	5,155,000	44	0	59	165,000	76	0
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0
Renta líquida	**34**	35,267,000	**46**	0	**61**	82,000	**78**	0
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	8,817,000	48	0	64	0	81	0
Total rentas exentas	**37**	8,817,000	**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**	8,817,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			**54**	0	**70**	82,000	**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**	26,450,000	**57**	0	**73**	82,000	**90**	0

Ren. líquida céd. gen.	91	35,349,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	8,817,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	26,532,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	**R. líq. grav. cédula gen.**	**97**	26,532,000	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	26,532,000

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	0
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	471,000	Total saldo a pagar	136	471,000	Total saldo a favor	137	0
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 exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $ 0

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

2024428504615 4

BORRADOR

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Juan Carlos Galindo Betancourt, identificado(a) con CC número 17345398, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 17345398
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Carlos Galindo Betancourt
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/06/1970
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/03/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 17345398 JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT Desde 01/03/2024 - Vigente

Generado por interfaces 08/03/2025

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17345398,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de marzo 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

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Prestador: 5000102053
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 - 2022/10/12	Nro Ingreso:	2022101202018 / PRINCIPAL
Paciente:	JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT	Origen:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
CC:	17345398	Destino:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Edad:	52 años	Cargo:	INSTRUCTOR
Género:	Masculino	Fecha Ingreso:	2022-10-12 07:21:06
Tipo Evaluación:	EXAMEN PERIODICO	Fecha Salida:	2022-10-12 12:48:47



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

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

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO:	CON RECOMENDACIONES
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES
ENFASIS - ANEXO OSTEOMUSCULAR:	Definicion de caso para el SVE desordenes Osteomusculares **CASO DESCARTADO**

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Específicas y/o Restricciones

CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION BALANCEADA. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA TRES VECES POR SEMANA. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.

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: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro M.D: 474902001
Licencia S.O: 78592022



Firma del Paciente: JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT
Identificacion: CC. - 17345398

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

Código del Prestador: **NIT:** 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 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: **2022/10/12 15:14:22**
Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 17345398**	Nro Historia:	**17345398**
Paciente:	**GALINDO BETANCOURT JUAN CARLOS**	Nro Ingreso:	**2022101202018**
Fecha Nac:	**1970/06/06**	Fecha Ingreso:	**2022-10-12 07:21:06.000**
Dirección:	**LA GRAMA**	Tipo de Evaluación:	**Periodico**
Edad:	**52 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

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]

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

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro NO REFIERE

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

Observaciones: NO REFIERE

Servicio Militar	No	NO REFIERE
Otros Extralaborales:	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
			Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE(imprime 235)

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
			Tinnitus	No	NO REFIERE
			Transtorno Auditivo	No	NO REFIERE
Glaucoma	No	NO REFIERE			
Cataratas	No	NO REFIERE			
Pterigio	No	NO REFIERE			
Trauma Ocular	No	NO REFIERE			
Patologia Visual	No	NO REFIERE			
Rinitis	No	NO REFIERE			

Otros Otologicos 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

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	APENDICECTOMIA, EVENTRORRAFIA, SEPTOPLASTIA, TURBINOPLASTIA
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

Antecedentes Ocupacionales

Inmunizaciones

Hepatitis B:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Tetanos:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Fiebre amarilla:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Influenza:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA
Otros:	[Seleccione]	Sin Informacion	Sin Informacion	NO PRESENTA

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

Enfermedad Laboral

Examen Fisico

Signos Vitales

Espalda

Peso	72.8	[Kg]
Talla	1.78	[Mts]
IMC	22.98	

Interpretacion: Normal

Perimetro Abdominal	94	[cm]
Frecuencia Cardiaca	74	[X min]
Frecuencia Respiratoria	18	[X min]
Temperatura	0	°C
Oximetría Cutanea	0	%SpO2
Tension Arterial	120/70	[mmhg/hg]

Lateralidad: Diestro

Aspecto General

Descripcion aspecto general: BUENO

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS
Alopécico	[Seleccione]	
Seborrea	[Seleccione]	

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	SIN HALLAZGOS
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

Extremidades Superiores

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	☐ Lasegue ☐ Braga	NO EXAMINADO

Observaciones: SIN OBSERVACION

Genito Urinario

Genitales Externos: NO EXAMINADO

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	Normal

Observaciones: SIN OBSERVACIONES

Osteomuscular

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

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

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 NO EXAMINADO

Abdomen

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

Valoracion NO EXAMINADO

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

Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-20/20	-
Ojo Izquierdo:	-20/20	-
Ambos Ojos:	-20/20	-

Observaciones: NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	-1.00M	-
Ojo Izquierdo:	-1.00M	-
Ambos Ojos:	-1.00M	-

Observaciones: NO REFIERE

Piel y Faneras

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

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
PRESBICIA
Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Psicología

Concepto de Psicologia
[Seleccione]
Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES
Observaciones Generales
OD: DESCENSO LEVE EN FZ AGUDA DE 3KHZ, 6KHZ Y 8KHZ OI: DESCENSO LEVE EN FZ AGUDA DE 8KHZ

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado Psicosensométrico

Diagnostico Principal
Observaciones Generales

Resultado de Laboratorio Clínico

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TÉCNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
COLESTEROL HDL	52	mg/dl	40 a 70 mg/dl
COLESTEROL LDL	69	mg/dl	Hasta 130 mg/dl
COLESTEROL VLDL	39	mg/dl	Hasta 3 mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	196	mg/dl	Hasta 170 mg/dl
COLESTEROL TOTAL	160	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES			.

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
TECNICA	.		ESPECTROFOTOMETRIA
OBSERVACIONES			.
GLUCOSA EN SUERO	103	mg/dl	70 a 110 mg/dl

Diagnostico

Diagnostico 1: PRESBICIA

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
- [x] Control Optometria
- [ ] Control Ortopedia
- [ ] Control Otorrinolaringologia
- [ ] Dermatologia
- [ ] Ginecologia
- [ ] Laboratorios
- [ ] Medicina General
- [ ] Neumologia
- [ ] Oftalmologia

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones Para el Paciente:

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Uso de E.P.P.
- [x] Pausas Activas
- [x] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Quimico
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Psicolaboral

Recomendacion Preventivas

- [ ] Osteomuscular
- [ ] Visual
- [ ] Alturas
- [ ] Biologico
- [ ] Manipulacion de Alimentos
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Cardiovascular y Metabolico
- [ ] Cuidado de la Voz
- [ ] Piel
- [ ] Espacios Confinados
- [ ] Respiratoria
- [ ] Temperaturas Extremas
- [ ] Auditiva

Incluir en el SVE

- [ ] Visual
- [ ] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [ ] Ergonomico
- [ ] Quimico

Ocupacional - Controles

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

Recomendaciones Especificas:

CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACE R FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES
HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION BALANCEADA.
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 1 HORA DIARIA TRES VECES POR SEMANA.
ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Periodico**

CON RECOMENDACIONES

Observaciones al concepto: CONTINUAR USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTURA) - USO DE EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

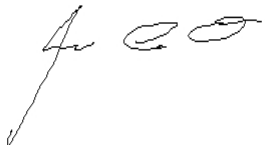
Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo Osteomuscular**

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: AMIRA ROSA CASTRO OSPINA 0

Registro Profesional: 474902001

Nombre del Paciente: **JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT**

Identificacion del Paciente: **CC - 17345398**

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 N° 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 OPTOMETRIA

Fecha de Impresión: **2022/10/12 15:14:12**
Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 17345398**	Nro Historia:	**17345398**
Paciente:	**GALINDO BETANCOURT JUAN CARLOS**	Nro Ingreso:	**2022101202018**
Fecha Nac:	**1970/06/06**	Fecha Ingreso:	**2022-10-12 07:21:06.000**
Dirección:	**LA GRAMA**	Tipo de Evaluación:	**Periodico**
Edad:	**52 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

Optometria - Anamnesis

EXAMEN PERIODICUCHO, USA RX ÓPTICA PERMANENTE

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva	no	NO REFIERE
Catarata	no	NO REFIERE
Pterigio:	no	NO REFIERE
Otra:	NO REFIERE	

Usa correccion visual si - NO REFIERE

Permanente ☑ Lejos ☑ Cerca ☑ Descanso ☐ Ocacional ☐

Ultimo Examen De 0 a 6 meses

Optometria - Antecedentes Personales

	Presenta	***Descripcion***
Glaucoma:	No	NO REFIERE
Cataratas:	No	NO REFIERE
Rinitis:	No	NO REFIERE
Traumas Oculares::	No	NO REFIERE
Patologia Visual:	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

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

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Optometria - Sintomas

☐ Fotofobia	☐ Ojo Rojo	☑ Mala Vision Cercana	☐ Cansancio
☐ Lagrimeo	☐ Vision Borrosa	☐ Mala Vision Lejana	☐ Dolor
☐ Ardor	☐ Vision Doble	☐ Cefalea	☐ Secreción

Otros Sintomas: NO REFIERE

Optometria - Examen Externo

	Presenta	*Descripcion*
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	**Rx en Uso**	**Observaciones**
Ojo Derecho:	gafas	-0.50 ADD+2.00	PROGRESIVOS+ AR
Ojo Izquierdo:	gafas	-1.00 ADD+2.00	PROGRESIVOS + AR

Optometria - Agudeza Visual

Vision Lejana

	Sin Correccion	Con Correccion	Ph
Ojo derecho	-20/20	-	NO REFIERE
Ojo izquierdo	-20/20	-	NO REFIERE
Ambos Ojos	-20/20	-	NO REFIERE

Observaciones NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correc
Ojo derecho	-1.00M	-
Ojo izquierdo	-1.00M	-
Ambos Ojos	-1.00M	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	-NORMAL	-
Profundidad	-	-

Observaciones NO REFIERE

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia:	NORMAL
* Cover Test - Lejos:	ORTO
* Cover Test - Cerca:	EXO

Optometria - Oftalmoscopía

Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Ojo Izquierdo: MEDIOS TRANSPARENTES, POLO POSTERIOR APARENTEMENTE SANO

Optometria - Retinoscopía

Ojo Derecho: NEUTRO **Ojo Izquierdo: NEUTRO**

Optometria - Queratometría

Ojo Derecho: NORMAL **Ojo Izquierdo: NORMAL**

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D	NEUTRO	ADD+	2.00	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE
O.I	NEUTRO	ADD+	2.00	AV	NO REFIERE	DP	NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: PRESBICIA
Observaciones al Diagnostico:
Diagnostico Relacionado 1:
Diagnostico Relacionado 2:
Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

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

Optometria - Recomendaciones

- [ ] Debe usar correccion visual para trabajar
- [ ] Uso EPP Visual
- [ ] Uso de Rx para Vision Proxima
- [ ] PyP
- [x] Uso de AR video Terminales
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de Rx de Descanso
- [ ] Lubricante Ocular
- [x] Uso de Lentes de Proteccion Solar
- [ ] Uso de Rx para Vision Lejana
- [ ] Uso Permanente de Rx Optica

Observaciones de las Recomendaciones: - SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL - PACIENTE CONTINUA USO DE CORRECCIÓN OPTICA PARA FIJACIÓN PROLONGADA (USO DE PC, LECTU EPIS- FILTRO UV+ FILTRO AR - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS - NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR - REALIZAR CONTROLES ANUALES

Optometria - Remisiones

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

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

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

Optometria - Resultado

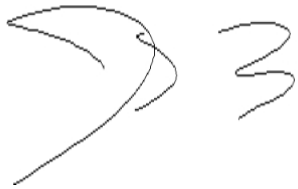
Resultado de Optometría No Interviene

* Descripcion de la observacion general
NO REFIERE

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 q
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 e
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 co
valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Nombre Profesional: LAURA NATALIA VEGA GONZALEZ 0

Registro Profesional: 584

Nombre del Paciente: **JUAN ' GALINDO BETANCOURT**

Identificacion del Paciente: **CC - 17345398**

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 N° 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: **2022/10/12 15:14:03**
Impreso por: **GERALDINE LOPEZ BENAVIDEZ 0**

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 17345398**	Nro Historia:	**17345398**
Paciente:	**GALINDO BETANCOURT JUAN CARLOS**	Nro Ingreso:	**2022101202018**
Fecha Nac:	**1970/06/06**	Fecha Ingreso:	**2022-10-12 07:21:06.000**
Dirección:	**LA GRAMA**	Tipo de Evaluación:	**Periodico**
Edad:	**52 años**	Enfasis:	**Anexo Osteomuscular**
Teléfono:			
Nombre del Cargo:	**INSTRUCTOR**		

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

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
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	

	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

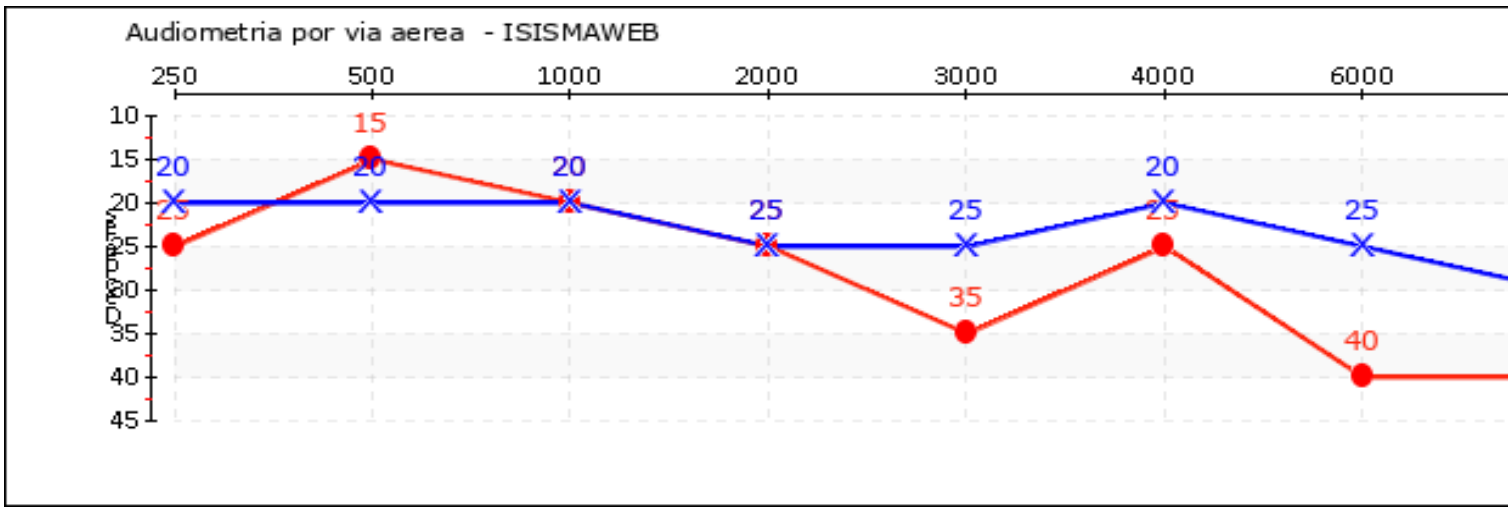
OIDO DERECHO

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

- [x] Aerea - OD
- [x] Aerea - OI
- [x] Osea - OD
- [x] Osea - OI
- [x] Aerea Enmascarada - OD
- [x] Aerea Enmascarada - OI
- [x] Osea Enmascarada - OD
- [x] Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI	22.5	dB
OD	23.75	dB

Audiometría Previa
1900-01-01T00:00:

Frecuencias

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oido
25	15	20	25	35	25	40	40	**Derecho**
20	20	20	25	25	20	25	30	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Anterior

Cambio Significativo: 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**
0	0	0	0	0	0	0	0	**Izquierdo**

Audiometria - Audiograma Diferencia

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
- [ ] Control segun PVE
- [ ] Auditiva segun PVE
- [ ] Pausa Auditiva
- [ ] Pruebas Complementarias
- [ ] Remision a Medicina Laboral
- [ ] Uso de EPP Auditivo
- [ ] Elemento de proteccion
- [ ] Conducir con ventanas cerradas
- [ ] Reposo auditivo Extralaboral
- [ ] Limpieza OD
- [ ] Limpieza OI
- [ ] Lavado de Oido

Audiometria - Controles

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

Audiometria - Impresion Diagnostica

Diagnostico Principal	OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES
Diagnostico Interno	AUDICION NORMAL BILATERAL
Descripción del GATI-SO	OD: DESCENSO LEVE EN FZ AGUDA DE 3KHZ, 6KHZ Y 8KHZ OI: DESCENSO LEVE EN FZ AGUDA DE 8KHZ
Diagnostico Rel 1	
Diagnostico Rel 2	
Diagnostico Rel 3	
Diagnostico Bilateral	AUDICION FUNCIONAL BILATERAL CONTROL ANUAL Y AUTOCUIDADO AUDITIVO
Diagnostico O.D	AUDICION FUNCIONAL
Diagnostico O.I	AUDICION FUNCIONAL

Audiometria - Resultado

Resultado de Audiometría: No Interviene

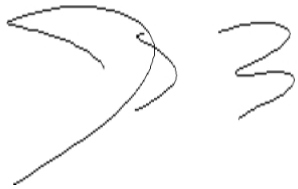
* Descripcion del Resultado general

AUDICION FUNCIONAL 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: **JUAN CARLOS GALINDO BET**

Identificacion del Paciente: **CC - 17345398**

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

INTEGRAR
salud y seguridad

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL

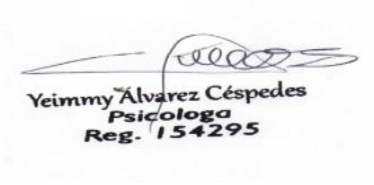
Nombre: Juan Carlos Galindo Betancourt
Edad: 53 años
Empresa: SENA
Identificación: 17345398
Nivel Educativo: Profesional (Contaduría Publica)

El candidato se encuentra soltero, refiere no tener hijos, es especialista en Gerencia Tributaria, nacido en Villavicencio (Meta) esta orientado en sus tres esferas (tiempo, lugar y espacio), no refiere tener antecedentes de enfermedades mentales ni médicos en su familia, se muestra con adecuada disposición frente a la prueba, posiblemente es alguien estable emocionalmente, tiene como metas a corto plazo realizar una maestría, y quiere como meta a largo plazo hacer un viaje por el mundo, no refiere consumo, dependencias o abuso de drogas u alcohol, sin dificultades en procesos de sueño y vigilia, coeficiente dentro el rango de aprobación. Juan Carlos presenta ausencia de trastornos psicopatológicos, hay tendencia a exponerse a actividades de riesgo con la búsqueda de experiencias nuevas y sentir peligro, paciente se muestra como alguien seguro, tiene poca confianza en quienes lo rodea, no presenta ideas obsesivas ni refiere fobias, sin predisposición suicida.

INTELIGENCIA PRACTICA				
Disposicion frente a la prueba	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
Desarrollo de la prueba	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
Manejo del equipo	10.9 a 10.10 - 12.4	<> Deficiente		Excelente
TIPO DE PERSONALIDAD PATOLÓGICA				
EXAMEN	**Parametros**			
Neuroticismo	10.1 a 10.11	Neuroticismo (0 a 3)		3
Paranoidismo	10.1 a 10.11	Paranoidismo (0 a 1)		2
Agitación	10.1 a 10.11	Agitación (0 a 3)		6
Fuerza del yo	10.1 a 10.11	Fuerza del Yo (0 a 3)		3
Psicastenia	10.1 a 10.11	Psicastenia (0 a 3)		3
Hipocondría	10.1 a 10.11	Hipocondria (0 a 2)		2
Predisposicion al suicidio	10.1 a 10.11	Predisposición al suicidio (0 a 1)		0
Trastorno del Sueño	10,6	Trastorno del sueño(0 a 3)		0
Trastorno del desarrollo Intelectual	10.9	Trastorno del desarrollo intelectual >= 70		96
TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS				
11.1 a 11.3. Consumo de alcohol		NO		NO
11.4 a 11.7. Consumo o dependencia de drogas psicoactivas		NO		NO
11.4 a 11.7. Consumo o dependencia de medicamentos		NO		NO

Resultados obtenidos del Tepsiar – LN Deter TEST M-7P

Resultado: No se observa ningún tipo de inhabilidad mental o emocional para ejercer u ocupar algún cargo.



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: 10/03/2025 **No. 25180110001344**

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
17345398	9	NATURAL	SIMPLIFICADO

4. Razón Social y/o Nombre del Propietario: **JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT**

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
03/06/2020	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	17345398	JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT

UBICACIÓN

13. Dirección Principal: **CRA 29 A N 96 - 25 BARRIO LA GRAMA**

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	LA GRAMA
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
JGALINDOB@MISENA.EDU.CO	3102752823	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	305	406920	08/09/2007
Actividad Secundaría			
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

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

Se expide el **10 de marzo 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: OVILLALOBOS

Powered by CamScanner