REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1098694703

APELLIDOS Y NOMBRES

ROMERO RUIZ

HUGO ALBERTO



PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2020	2030	2040

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 07 DIC 2013

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento ordinario o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

035766521

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
Romero	Ruiz	Hugo Alberto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1098694703	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1098694703 D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES 10 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ATLÁNTICO

MUNICIPIO BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4A 17 22 Vizcaya

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3152361721 EMAIL romeroruiz_32@hotmail.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	11	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA METALURGICA	06	2014	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SCHLUMBERGER			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3152361721	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año* 2019	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO DE CAMPO	*DEPENDENCIA* ´PRODUCCION					*DIRECCIÓN* CALLE 100 13 21					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESTUDIOS TECNICOS S.A - SGS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	03	*Año* 2019	*Día*	04	*Mes*	08	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ING DE CONFIABILIDAD	*DEPENDENCIA* INGENIERIA DE CONFIABILIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 100 25C 11					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO TÉCNICO DE PETROLEO HSEQ			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	10	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1179 DOCENTE	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 44B 33B 126					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2012	*Día*	13	*Mes*	02	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ING DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* CONTROL DE CALIDAD					*DIRECCIÓN* CALLE 100 7 33 Torre 1, Piso 19					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2011	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE AUXILIAR	*DEPENDENCIA* DOCENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 27C null 9					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	03	*Año:*	2011	*Día:*	10	*Mes:*	10	*Año:*	2012
AREA DE CONOCIMIENTO INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* CARRERA 27 9 1					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO TÉCNICO DE PETROLEO HSEQ			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	08	*Año:*	2014	*Día:*	15	*Mes:*	10	*Año:*	2015
AREA DE CONOCIMIENTO INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA						*DIRECCIÓN* CALLE 34A 25 21					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	2	9

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio, 02/04/25

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: 2025.04.10 10:46:30 -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	2025-03-27 12:38

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HUGO	ALBERTO	ROMERO	RUIZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1098694703

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA

Lugar de domicilio

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$266.540.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$12.000.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$278.540.000,00

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	$14.334.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$75.000.000,00
CASA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$90.000.000,00

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: 2118670379628

(415)7707212489984(8020) 000211867037962 8

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
1098694703	4	ROMERO	RUIZ	HUGO	ALBERTO	22

24. Actividad económica principal: 0010 | 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: 0

Patrimonio

Total patrimonio bruto	29	Deudas	30	Total patrimonio líquido	31
560,067,000		123,107,000		436,960,000	

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	266,540,000	43	0	58	0	74	2,883,000
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	21,836,000	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	2,880,000
Renta líquida	**34**	244,704,000	**46**	0	**61**	0	**78**	3,000
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	33,505,000	48	0	64	0	81	0
Rentas exentas: Total rentas exentas	**37**	33,505,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	5,229,000	50	0	66	0	83	0
Deducciones imputables: Otras deducciones imputables	39	17,791,000	51	0	67	0	84	0
Deducciones imputables: Total deducciones imputables	**40**	23,020,000	**52**	0	**68**	0	**85**	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	**41**	56,525,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			**54**	0	**70**	0	**87**	3,000
Pérdida líquida del ejercicio			**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria	**42**	188,179,000	**57**	0	**73**	0	**90**	3,000

Ren. líquida céd. gen.	91	244,707,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	65,686,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	179,021,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	179,021,000	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	179,021,000

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	35,114,000
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**121**	35,114,000

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

Impuesto neto de renta	**126**	35,114,000
Impuesto de ganancias ocasionales	**127**	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	**129**	35,114,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	866,000
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	0
Retenciones año gravable a declarar	132	27,136,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	7,112,000	Sanciones	135	2,133,000	Total saldo a pagar	136	9,245,000	Total saldo a favor	137	0
Número de dependientes económicos	138	3	Adición por dependientes a la casilla 92	139	9,161,000	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 uso de la entidad recaudadora

DIAN — Fecha Acuse de Recibo — Firmado

2025-01-17 / 04:15:56 PM

2025-01-17 16:15:56

980. Pago total $: 0

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

91900260135250

20250378072151

PRIORIDO

Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora
Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias

Certifica

A quien interese

Que HUGO ALBERTO ROMERO RUIZ identificado con cédula de ciudadanía número 1098694703 se encuentra afiliado(a) a SKANDIA FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700002574499, vigente desde el 1 de Abril de 2019.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 1 de Abril de 2025.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20250401-15:08-24018565

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S.

No. Identificación 901200839-9
Dirección: CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA
Telefono: 6668018-3176678051
Email: recepcion1@integrarips.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en ANEXO OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	VILLAVICENCIO - 2025/04/03	Nro Ingreso:	20250403020113
Paciente:	HUGO ALBERTO ROMERO RUIZ	CC:	1098694703
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	PARTICULAR
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DOCENTE		
Orígen:	A QUIEN INTERESE	Destino:	A QUIEN INTERESE
Fecha Salida:	2025-04-03 09:27:07	Fecha Atención:	2025-04-03 09:24:23



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SIN OBSERVACIÓN

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.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Recomendaciones Específicas

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

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. 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.. 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.

Profesional Ocupacional: RUBEN IVAN MARTINEZ LOBO 0
Registro M.D: 688591999
Licencia S.O: 7407-21

Firma del Paciente: HUGO ALBERTO ROMERO RUIZ
Identificacion: CC. - 1098694703

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD S.A.S. **Código del Prestador:**

No. Identificación: 901200839-9 **Dirección:** CALLE 15 N° 37L 10 ET 8 B. ESPERANZA

Teléfono: 6668018-3176678051 **Web:** integrarsalud.isismaweb.com

Email: recepcion1@integrarips.com **Fecha de Impresión:** 2025/04/03 09:31:48

Impreso por: MARIA CAMILA LAVERDE BELTRAN

Descripción del Informe: Formato institucional para el uso y manejo de la HISTORIA CLÍNICA SALUD OCUPACIONAL

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1098694703**	Nro Historia:	**2025012501013**
Paciente:	**ROMERO RUIZ HUGO ALBERTO**	Nro Ingreso:	**20250125020110**
Fecha Nac:	**1990/10/17**	Fecha Atención:	**2025-01-25 07:21:27.000**
Dirección:	**CLLA 4A 17 22**	Tipo Evaluación:	**Ingreso**
Edad:	**34 años**	Enfasis:	**Anexo para trabajo en alturas, Anexo Osteomuscular**
Sexo:	**Masculino**		
Teléfono:	**3152371728**		
Nombre del Cargo:	**SOPORTE OPERATIVO TIPO 4A**		

Motivos

Motivo Consulta:

EXAMEN DE INGRESO.

Enfermedad Actual:

ASINTOMATICO.

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

NIEGA AP.

Antecedentes - Personales

Habitos

Actividad Fisica

Actividad Fisica: Fisicamente Activo (a)

Atletismo	No Practica	NO REFIERE
Natacion	No Practica	NO REFIERE
Fútbol	Semanal	NO REFIERE
Ciclismo	No Practica	NO REFIERE
Motociclismo	No Practica	NO REFIERE
Baloncesto	No Practica	NO REFIERE

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

Servicio Militar	No	NO REFIERE

Otros Extralaborales: NO REFIERE

Tabaquismo

Tabaquismo: No fuma

Otro: NO REFIERE

Alcoholismo

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

Nivel de Consumol: Ocasional

Observaciones: NO REFIERE

Indice de Consumo de Drogas

Consume o ha consumido sustancias Psicoactivas: No — NO REFIERE

Consume o ha consumido sustancias Alucinógenas: No — NO REFIERE

Neurologico

Epilepsia	No	NO REFIERE
Sindrome Convulsivo	No	NO REFIERE
Parkinson	No	NO REFIERE

Otros: NO REFIERE

Cefalea / Migraña	No	NO REFIERE
Masas Cerebrales	No	NO REFIERE
Trauma Craneoencefálico	No	NO REFIERE
Eventos Cerebrovasculares	No	NO REFIERE

Organos de Los Sentidos

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

Alergias y Otros Patologicos

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

Cardiovascular y Respiratorio

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

Gastro Intestinal

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

Endocrino y Metabolico

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

Genito Urinario

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

Gineco Obstetricos

Osteomuscular

Fracturas	No	NO REFIERE	Cervicalgia	No	NO REFIERE
Esquinces	No	NO REFIERE	Lumbalgia	No	NO REFIERE
Luxaciones	No	NO REFIERE	Lesion en meniscos	No	NO REFIERE
Tendinitis	No	NO REFIERE	Hombro doloroso	No	NO REFIERE
Sindrome Tunel del Carpo	No	NO REFIERE	Otro	NO REFIERE	
Radiculopatia	No	SIN HALLAZGOS			
Bursitis	No	NO REFIERE			
Epicondilitis	No	SIN OBSERVACIONES			
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			

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

Quirurgicos

Cirugia de Abdomen y/o Genitourinaria	No	NO REFIERE
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

Antecedentes Farmacológicos

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

Observaciones: NO REFIERE

Inmunizaciones

#	Tipo de Vacuna	Fecha	Dosis	Fabricante	Esquema	Observaciones

Antecedentes Ocupacionales

Accidentes Laborales

NO REFIERE ACCIDENTE DE TRABAJO

Enfermedad Laboral

NO REFIERE ENFERMEDAD LABORAL

Revision por Sistemas

Sintomas Constitucionales ASINTOMATICO.	Sintomas Neurologicos NO REFIERE
Sintomas Respiratorios NO REFIERE	Sintomas Cardio Vasculares NO REFIERE
Sintomas Gastro Intestinales NO REFIERE	Sintomas Genito Urinarios NO REFIERE
Sintomas Osteo Muscular NO REFIERE	Sintomas Dermatologicos NO REFIERE
Sintomas de los Organos de Los Sentidos SIN HALLAZGOS	

Examen Fisico

Signos Vitales

Consulta es Virtual		
Peso	86	[Kg]
Talla	1.72	[Mts]
IMC	29.07	
Interpretacion:	Sobrepeso	
Perimetro Abdominal	90	[cm]
Frecuencia Cardiaca	71	[X min]
Frecuencia Respiratoria	16	[X min]
Temperatura	36	°C
Oximetría Cutanea	98	%SpO2
Tension Arterial	100/70	[mmhg/hg]
Lateralidad	Diestro	

Aspecto General

Descripcion aspecto general	PRUEBAS PARA ALTURAS NORMALES

Cabeza

Cuero Cabelludo	Normal	SIN HALLAZGOS
Cara	Normal	SIN HALLAZGOS

Ojos

Parpados	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas	Normal	SIN HALLAZGOS
Fondo de Ojo	SIN HALLAZGOS	

Oídos

Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS
Otoscopia	SIN HALLAZGOS	
Observaciones Generales	NINGUNA	

Nariz

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

Boca

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

Cuello

Espalda

Inspeccion	Normal	SIN HALLAZGOS
Palpacion	Normal	SIN HALLAZGOS
Puntos Dolorosos	Normal	SIN HALLAZGOS
Signos de Radiculopatia	Lasegue, Bragard	SIN HALLAZGOS
Observaciones	SIN HALLAZGOS	

Genito Urinario

Genitales Externos	NO EXAMINADO

Extremidades Inferiores

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

Osteomuscular

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

Pruebas Semiologicas

Hombro y Codo

Maniobra de Yegarson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Jobe	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Maniobra de Patte	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Gerber	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Brazo y codo

Prueba Para la Epicondilitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Thompson	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba para la Epitrocleitis	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Examen Fisico

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

Extremidades Superiores

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

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Cardio Pulmonar

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

Toráx

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

Valoracion de mamas NO EXAMINADO

Abdomen

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

Valoracion SIN HALLAZGOS

Muñeca

Signo de Tinel	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo de Phalen	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Prueba de Finkelstein	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Lumbar

Hoover	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Lassegue	Negativo	SIN HALLAZGOS
Signo de Bragard	Negativo	SIN HALLAZGOS

Cadera

Prueba Trendelemburg	Negativo	SIN HALLAZGOS

Observaciones SIN OBSERVACIONES

Miembro Inferior

Signo del Bostezo	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Signo del Cajon	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS
Mc Murray	Negativo Ambos	SIN HALLAZGOS

Neurologico

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

Observaciones SIN HALLAZGOS

Agudeza Visual

Vision Lejana

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

Observaciones: NO REFIERE

Vision Proxima

	Sin Correccion	Con Correccion
Ojo Derecho:	0.50 M	-
Ojo Izquierdo:	0.50 M	-
Ambos Ojos:	0.50 M	-

Observaciones: NO REFIERE

Examen Fisico

Piel y Faneras

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

Observaciones SIN HALLAZGOS

Paraclinicos

Resultado de Optometría

Diagnostico Principal
MIOPIA
Observaciones al Diagnostico

Resultado de la Visiometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Espirometría

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado de Psicología Ocupacional

Concepto de Psicologia
No Realizado
Diagnostico Principal
Observaciones Generales
NO REFIERE

Resultado de Exámen de Alturas

Observaciones Generales

Resultado de Audiometría

Diagnostico Principal
EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Descripción del GATI-SST
AUDICION NORMAL BILATERAL.

Resultado de Fisioterapia

Diagnostico Principal
Descripción de la Observación General

Resultado VALORACION POR ESPIROMETRIA

Diagnostico Principal
Z100
Observaciones Generales
NO REFIERE

Resultado de Prueba Psicosensométrica

Concepto Prueba Psicosensométrica
Observaciones Generales

Resultado de Foniatria

Diagnostico Principal
NO REALIZADO
Observaciones Generales
NO REALIZADO
Recomendaciones
NO REALIZADO

Resultado de Laboratorio Clínico

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA IV)

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
WBC (GLOBULOS BLANCOS)	6.7	10*3/uL	
LINFOCITOS	26.8	%	
MONOCITOS	5.4	%	
GRANULOCITOS	67.8	%	
RBC (GLOBULOS ROJOS)	5.35	10*6/uL	
HB (HEMOGLOBINA)	17.0	g/dl	
HTO (HEMATOCRITO)	51.0	%	
MCV(VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO)	95.3	fl	
MCH (HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA)	31.8	pg	
MCHC (CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA)	33.3	g/dl	
RDW (ANCHO DE DISTRIBUCION DE ERITROCITOS)	12.7	%	
PQ (PLAQUETAS)	245	10*3/uL	
MPV (VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO)	9.6	fl	
VSG (VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR)		mm/Hora	
OBSERVACION	.		

GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
GLUCOSA EN SUERO	95	mg/dl	
TECNICA	.		
OBSERVACIONES			

PERFIL LIPIDICO

Campo	Resultado	Unidad	Referencia
COLESTEROL TOTAL	161	mg/dl	
COLESTEROL HDL	33.7	mg/dl	
COLESTEROL LDL	75	mg/dl	
COLESTEROL VLDL	52	mg/dl	
TRIGLICÉRIDOS	262	mg/dl	
TÉCNICA	.		
OBSERVACIONES			

Analisis del Resultados de Laboratorios : SIN OBSERVACIONES

Diagnostico

Diagnostico 1: EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

Diagnostico 2: MIOPIA
Diagnostico 3: 0
Diagnostico 4: 0
Diagnostico 5: 0
Diagnostico 6: 0
Diagnostico 7: 0
Diagnostico 8: 0
Diagnostico 9: 0
Diagnostico 10: 0
Observaciones al Diagnostico: SIN OBSERVACIÓN

Conducta

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

Recomendaciones Generales: NINGUNA

Recomendaciones

Recomendaciones Generales

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

Recomendaciones Preventivas

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

Incluir en el SVE

- [x] Visual
- [x] Auditiva
- [ ] Respiratorio
- [x] Ergonomico
- [ ] Quimico
- [ ] Cardiovascular - Metabolico
- [ ] Psicosocial

Ocupacional - Controles

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

Recomendaciones para el paciente: NINGUNA

Clasificacion

Concepto por Tipo de Evalución **- Ingreso**

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones al concepto: SIN OBSERVACIÓN

Limitaciones o restricciones:

Ninguna

USO DE CORRECCIÓN OPTICA PERMANENTE

Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo para trabajo en alturas**

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Observaciones al Enfasis: NO REFIERE

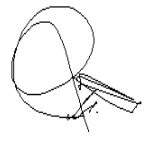
Concepto por Enfasis de Evaluación - **Anexo Osteomuscular**

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. 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. . 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: JAIRO ENRIQUE MONTAÑO MUÑOZ

Registro Profesional: 05537

Licencia Profesional: 8916/2023

Nombre del Paciente: **HUGO ALBERTO ROMERO RUIZ**

Identificacion del Paciente: **CC - 1098694703**

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

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES

CERTIFICADO DE REGISTRO
INDUSTRIA Y COMERCIO

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

FECHA: 04/04/2025

No. 25180110001671

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
1098694703	4	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
ROMERO RUIZ HUGO ALBERTO

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
03/04/2025	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO		ROMERO RUIZ HUGO ALBERTO

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CALLE 4A # 17 - 22, CASA VIZCA

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	VIZCAYA
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
ROMERORUIZ_32@HOTMAIL.COM	3152361721	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	8299	0	01/04/2025
Actividad Secundaría	8299	0	01/04/2025
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

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

Se expide el **04 de abril del 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

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

Proyectó: ENIETO