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*
CASTELLANOS	FARFAN	BERONICA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 40670797	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 12 AÑO 2003

PAÍS COLOMBIA

DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO LÍBANO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 15 32 18

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAQUETÁ

MUNICIPIO FLORENCIA

TELÉFONO 3125034481 EMAIL beancafa@yahoo.es

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 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		LICENCIATURA EN INGLES	07	2019	

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)

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*
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		AMBIENTES VIRTUALES DE APRENDIZAJE	04	2020
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ASESORIA PARA EL USO DE TICS EN LA FORMACION	06	2020
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		CONSTRUCCION DE ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE INTEGRANDO TICS	12	2021

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 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 601546150	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR DE INGLES	*DEPENDENCIA* BILINGÜISMO						*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 Urb. Guayuriba					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	03	*Año*	2024	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCT0R DE INGLES	*DEPENDENCIA* BILINGUIISMO					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 URB. GUAYURIBA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 86825264	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	31	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	02	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 287 INSTRUCTORA	*DEPENDENCIA* BILINGÜISMO - INGLES					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ACADEMIA IBEROAMERICANA DE IDIOMAS (AIDI)			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3105577229	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	01	*Año*	2007	*Día*	16	*Mes*	08	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE INGLES	*DEPENDENCIA* ACADEMIA DE INGLES					*DIRECCIÓN* CALLE 15 14 66						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 6015461500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	17	*Mes:*	02	*Año:*	2025	*Día:*	23	*Mes:*	12	*Año:*	2025
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 Urb. Guayuriba, Villavicencio						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3125034481	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	13	*Mes:*	03	*Año:*	2024	*Día:*	11	*Mes:*	12	*Año:*	2024
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 99 40 48						

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	1	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	1	7

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *19 de enero de 2026*



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: 2026.01.22 16:07:11 -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	2026-01-14 10:28

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BERONICA	ANDREA	CASTELLANOS	FARFÁN

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	40670797

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	LÍBANO

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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$47.834.914,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$600.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$48.434.914,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
BANK LOAN	$5.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDWIN	GUSTAVO	SILVA	VASQUEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 6802177

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:

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 Beronica Andrea Castellanos Farfan, identificado(a) con CC número 40670797, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40670797
NOMBRES Y APELLIDOS	Beronica Andrea Castellanos Farfan
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	12/07/1981
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2024
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	07/01/2026
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40670797 Trabajador Independiente Desde 15/01/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 40670797 BERONICA ANDREA CASTELLANOS FARFAN Desde 17/02/2025 Hasta 31/12/2025CEDULA DE CIUDADANIA 40670797 BERONICA ANDREA CASTELLANOS FARFAN Desde 01/10/2024 Hasta 31/01/2025

Generado por interfaces 20/01/2026

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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BERONICA ANDREA CASTELLANOS FARFAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.670.797**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Acacias
Tel. 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO # Orden: 4266 Fecha: 2026-01-15 07:58:42

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 CIIU: SECTOR: -

ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: BERONICA ANDREA APELLIDOS: CASTELLANOS FARFAN

IDENTIFICACIÓN: 40670797 FECHA DE NACIMIENTO: 12 de Julio de 1981 EDAD: 44

ESTADO CIVIL: CASADO(A) NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: INSTRUCTOR SENA

ARL: POSITIVA EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Porvenir

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional, Anexo Osteomuscular, Perfil Lipidico, Glicemia En Ayunas, Audiometria, Visiometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

RECOMENDACIONES

1. Implemente un plan de alimentación balanceado orientado al control de peso saludable.
2. Realice actividad física regular combinando resistencia y fortalecimiento.
3. Gestione a través de su EPS el acceso a programas de estilos de vida saludable.
4. Utilice la corrección óptica para cerca (lectura o progresivos) en tareas próximas.
5. Garantice una iluminación directa sobre el material de lectura para mejorar la definición.
6. Dé continuidad a la reevaluación anual con Oftalmología de su EPS para el ajuste de la corrección óptica.

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Control Optometria en 1 año 2) Pausa activa visual 3) Uso de corrección optica permanente. 4) Uso de protección visual según tipo de exposición

RECOMENDACIONES NO LABORALES

1. Es fundamental que asista a control por el especialista (EPS) para ajustar su fórmula, ya que esta cambia con tiempo.







Atendido por: DIAZ CUBILLOS INGRID SHIRLEY
Registro Médico: 50779
Licencia S.O.: RESOLUCION 1839-2022

Paciente: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA
Identificación: 40670797

HISTORIA CLINICA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA		Identificación: 40670797	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 12 de Julio de 1981	Edad: 44
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 4266	Fecha: 2026-01-15
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Funciones: NO REFIERE	
Fecha de Ingreso: NO REFIERE	Antiguedad: NO REFIERE
Sección: NO REFIERE	Cargo: INSTRUCTOR SENA

DATOS BASICOS DEL EXAMEN

Fecha: 2026-01-15 07:58:42	Departamento: META	Ciudad: ACACIAS	Dirección: Acacias

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN EL CARGO ACTUAL O EN EL ULTIMO

Gafas: No	Casco: No	Tapaboca: No	Overol: No	Botas: No
Protector Auditivo: No	Respirador: No	Guantes: No		

RIESGOS OCUPACIONALES EN LA EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

Funciones y/o tareas desempeñadas	INSTRUCTOR SENA
Medidas de control implementadas	SEGUN MATRIZ
La persona/empresa entrega soportes laborales	NO

FACTORES O AGENTES DE RIESGO PRESENTES EN LOS CARGOS DESEMPEÑADOS ACTUAL Y ANTERIORES

Fisicos: Iluminación, Proyección de Particulas, Radiaciones No Ionizantes, Temperaturas

Biologicos: Virus

Quimicos: Polvos

Ergonomicos: Posturas Prolongadas, Movimientos Repetitivos

Psicolaborales: NO REFIERE

Seguridad: Caidas al Mismo Nivel

Otros: NO REFIERE

ACCIDENTES DE TRABAJO EN LA EMPRESA ACTUAL O ANTERIORES

Fecha	Empresa	Naturaleza	Afectación	Inc.	ARL	Secuelas	Atenc. Recib.
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	0	No	NO REFIERE	NO REFIERE
REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE	0	No	NO REFIERE	NO REFIERE

ENFERMEDAD PROFESIONAL EN LA EMPRESA ACTUAL O ANTERIORES

Enfermedad	Fecha Diagnostico
NO REFIERE	NO REFIERE
NO REFIERE	NO REFIERE

ANTECEDENTES DE SALUD

1. Familiares

Patologia		Parentesco
Asma	No	NO REFIERE

Enfermedad Coronaria	Si	PADRE
Colagenosis	No	NO REFIERE
Cáncer	No	NO REFIERE
Accidente Cerebrovascular	No	NO REFIERE
Patologías tiroideas	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Hipertensión arterial	No	NO REFIERE
Otro	No	NO REFIERE

2. Personales

Tipo	Diagnostico	Observación
Patológicos: No	NO REFIERE	NO REFIERE
Quirúrgicos: Si	POMEROY	7 AÑOS
Traumáticos: No	NO REFIERE	NO REFIERE
Farmacológicos/Alérgicos: No	NO REFIERE	NO REFIERE
Psiquiátricos: No	NO REFIERE	NO REFIERE

REVISIÓN POR SISTEMAS

Cardiovascular					
Dolor Precordial: No	Lipotimia: No	Palpitaciones: No	Sincope: No	Disnea: No	Edema: No
Dermatologico					
Descamación: No	Eritema: No	Hiperhidrosis: No	Brote: No	Sequedad: No	Prurito: No
Digestivo					
Dispepcia: No	Dolor abdominal: No	Epigastralgia/pirosis: No	Estreñimiento: No	Diarrea: No	Sangrado: No
Genitourinario					
Disminución calibre: No	Disuria: No	Hematuria: No	Trast. ciclo menstrual: No	Nicturia: No	Polaquiuria: No
Neurologico					
Cefalea: No	Alteración memoria: No	Alteración sensibilidad: No	Alteración motora: No	Alteración del sueño: No	Vértigo: No
Ocular					
Ardor/prurito: No	Cansancio: No	Visión borrosa: No	Lagrimeo: No	Ojo rojo: No	
Otorrinolaringológico					
Disfonía: No	Epistaxis: No	Hipoacusia subjetiva: No	Obstrucción nasal: No	Rinorrea: No	Tinitus: No
Osteomusculares					
Cervicalgia: No	Dorsalgia: No	Lumbalgia: No	Incapacitante: No	Artralgias: No	Tendinitis: No
Limitación Funcional: No	Parestesias/disestesias : No	Inflamación: No			
Respiratorio					
Tos: No	Dolor toráxico: No	Expectoración: No			
Otro					
Observaciones: NIEGA OTROS					

ACTIVIDAD FISICA

Actividad	Hrs/semana	Cuales
Ejercicio/Deportes: No	NO REFIERE	NO REFIERE
Deportes de choque: No	NO REFIERE	NO REFIERE
Actividades Manuales: No	NO REFIERE	NO REFIERE
Oficios domesticos: No	NO REFIERE	NO REFIERE

EXAMEN FISICO

Tensión Arterial: 120/70	Frecuencia Cardiaca: 74	Frecuencia Respiratoria: 18	Lateralidad Dominante: Diestro

Talla (mts): 1.6	Peso (Kg): 69	IMC: 27	Interpretación IMC: SOBREPESO
Perimetro Abdominal: 78	Interpretacion Perimetro Abdominal: Bajo Riesgo		

VALORACIÓN

Organo/Sistema	Valoración	Resultado	Descripcion
Piel y Fanelas	Piel y Fanelas	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Ojos	Examen Externo	Normal	NO REFIERE
	Fondo de Ojo	Normal	NO REFIERE
	Movimientos	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Oido	Examen Externo	Normal	NO REFIERE
	Timpanos	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Nariz	Nariz	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Boca	Dentadura	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Faringe	Faringe	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Cuello	Tiroides	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Torax	Senos	Normal	NO REFIERE
	Cardiovascular	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Abdomen	Pared Abdominal	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Genitales	Genitales Externos	Normal	NO REFIERE
	Conducto Inginal	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Miembros Superiores	Tinel: Derecho	Normal	NO REFIERE
	Tinel: Izquierdo	Normal	NO REFIERE
	Phalen: Derecho:	Normal	NO REFIERE
	Phalen: Izquieda	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Miembros Inferiores	Vascular	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Columna Vertebral	Alineación	Normal	NO REFIERE
	Test de Wells	Normal	NO REFIERE
	Otros	Normal	NO REFIERE
Neurologico	Fuerza	Normal	NO REFIERE
	Marcha	Normal	NO REFIERE
	Sensibilidad	Normal	NO REFIERE
	Reflejos	Normal	NO REFIERE

DIAGNOSTICOS

CIE10	Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	Comun	Impresión Diagnostica
R635	AUMENTO ANORMAL DE PESO	Comun	Impresión Diagnostica
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION; NO ESPECIFICADO	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Utilice la corrección óptica para cerca (lectura o progresivos) en tareas próximas..
Garantice una iluminación directa sobre el material de lectura para mejorar la definición..
Dé continuidad a la reevaluación anual con Oftalmología de su EPS para el ajuste de la corrección óptica..
Implemente un plan de alimentación balanceado orientado al control de peso saludable..

Realice actividad física regular combinando resistencia y fortalecimiento..

Gestione a través de su EPS el acceso a programas de estilos de vida saludable..

OBSERVACIONES

AL EXAMEN FISICO CONCIENTE, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ORIENTADO.
PACIENTE SE RETIRA Y COLOCA ROPA Y CALZADO SIN LIMITACIONES. SIN FASCIES ALGICAS, NO DOLOR PARA LEVANTARSE DE LA SILLA O LA CAMILLA. COLUMNA ALINEADA, SIN SIGNOS DE TRAUMA NI DEFORMIDADES, CON ARCOS DE MOVIMIENTO COMPLETOS NO DOLOROSOS, NO SIGNOS DE RADICULOPATIA NI RADICULALGIA, PATRICK NEGATIVO, LASEGUE NEGATIVO, MARCHA PUNTA TALON CONSERVADA, NO COGEO NI PERDIDA DE ESTABILIDAD. LACHMAN .MC MURRAY, APLEY Y CAJÓN. NEGATIVOS NO DOLOR A LA PALPACION DE CUERPOS VERTEBRALES, SIGNOS NEGATIVOS PARA STC BILATERAL O EPICONDILITIS, FILKENSTEIN NEGATIVO BILJOBE YERGASON YYOCUM NEGATIVO. IMC:27 SOBREPESO.
OPTOMETRIA: MIOPIA , ASTIGMATISMO , PRESBICIA .
AUDIOMETRIA: NORMAL .
LABORATORIOS: NORMAL.
SE CONSIDERA QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO

Atendido por: DIAZ CUBILLOS INGRID SHIRLEY
Reg.: 50779

Paciente: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA
Identificación: 40670797

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.

PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Acacias
Tel. 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-04-FI
VERSIÓN	06
FECHA	14-FEB-2012
Pág 1 de 1	

EXAMENES DE LABORATORIO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE				FOTO
Nombre: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA		Identificación: 40670797		
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 12 de Julio de 1981	Edad: 44	
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 4266	Fecha: 2026-01-15	
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir		

EMPRESA		
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION		
NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

Fecha Muestras
2026-01-15 07:41:31

GLICEMIA EN AYUNAS

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
GLICEMIA BASAL	99.6	mg/dl	77-125

Observaciones:

PERFIL LIPIDICO

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
COLESTEROL TOTAL	171.5	mg/dl	Hasta 200
COLESTEROL HDL	54.2	mg/dl	35/55
COLESTEROL LDL	91.0	mg/dl	Hasta 150
COLESTEROL VLDL	26.3	mg/dl	10-30
TRIGLICERIDOS	131.6	mg/dl	Hasta 170

Observaciones:





Atendido por: MENCO VENTAN ELIZABETH
Reg.:

Paciente: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA
Identificación: 40670797

VISIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA		Identificación: 40670797	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 12 de Julio de 1981	Edad: 44
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 4266	Fecha: 2026-01-15
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

Tipo de Riesgo		T. Exposición		Uso Protección	Protección Visual
		Acumulada	Diaria		
Químicos (humos,gases, vapores, polvos)	No			No	
Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)	No			No	
Mecánico (Proyección de Partículas)	No			No	
Iluminación Inadecuada	No			No	
Uso de Video Terminales	No			No	

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

Generales		Oculares	
Hipertensión Arterial	No	Cirugía Ocular	No
Diabetes	No	Queratocono	No
Hipoglicemia	No	Glaucoma	No
Toxoplasmosis	No	Catarata	No
Cefalea	No	Retinopatía	No
Trauma craneoencefálico	No	Desprendimiento de Retina	No
Otros Antecedentes	No	Ambliopía	No
Cuales: NO REFIERE		Estrabismo	No

Problemas de Refracción: Si	Cuales?: NO REFIERE	Tiempo Evolución (años): -1	Corregido:
Frecuencia de Uso: PERMANENTE	Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 3	Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula: 3	

SIGNOS Y SINTOMAS

Ardor Ocular	No	Cansancio Ocular	No	Cefalea	No
Disminución agudeza visual lejana	No	Disminución agudeza visual próxima	No	Dolor Ocular	No
Fotofobia	No	Irritación ocular	No	Lagrimeo	No
Miodesopsias	No	Prurito Ocular	No	Salto de Renglones	No
Secreciones	No	Visión doble	No		

Observaciones:

EVALUACIÓN

A. Agudeza Visual					B. Lensometría	
	Sin Correción		Con Correción		Sin Correción	Con Correción
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima		
Ojo Derecho	20/30	1.25M	20/20	0.50M	-0.50-0.50X90	+1.25
Ojo Izquierdo	20/30	1.25M	20/20	0.50M	-0.75-0.75X95	+1.25

C. Examen Externo		D. Estado Motor		
Pinguecula	No	Cover Test Visión Lejada:		ORTHOFORIA
Resequedad Ocular	No	Cover Test Visión Próxima:		EXOFORIA
Inyección Conjuntival	No	Punto Próximo de Convergencia:		10
Hiperemia Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho:		-0.75-0.75X90
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:		-1.00-0.75X95
Pterigio	No		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Secreción Ocular	No	Estereopsis	Normal	Normal
Edemea Palpebral	No	Visión Cromatica	Normal	Normal
Blefaritis	No	Campo Visual	Normal	Normal
		Oftalmoscopia	Normal	Normal

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Miopía	Ambos Ojos	Problema de Refraccion Adecuadamente Corregido	Ambos Ojos
Astigmatismo	Ambos Ojos		
Presbicia	Ambos Ojos		

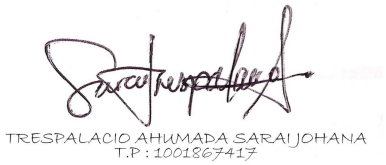
Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
PRESBICIA	Comun	Impresión Diagnostica
MIOPIA	Comun	Impresión Diagnostica
ASTIGMATISMO	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Control Optometria en 1 año	Pausa activa visual
Uso de corrección optica permanente.	Uso de protección visual según tipo de exposición

OBSERVACIONES

APTO CON RESTRICCIONES,se recomienda seguir en uso con rx actual





Atendido por: TRESPALACIOS AHUMADA SARAI JOHANA
Reg.: 1001867417

Paciente: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA
Identificación: 40670797

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Acacias
Tel. 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-04-FI
VERSIÓN	01
FECHA	14-FEB-2012
Pág 1 de 2	

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA		Identificación: 40670797	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 12 de Julio de 1981	Edad: 44
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 4266	Fecha: 2026-01-15
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis	No	Trauma	No
Cirugía	No	Ing. Ototóxicos	No
Hipocusua Subjetiva	No	Acúfenos	No
Otro	No		

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO

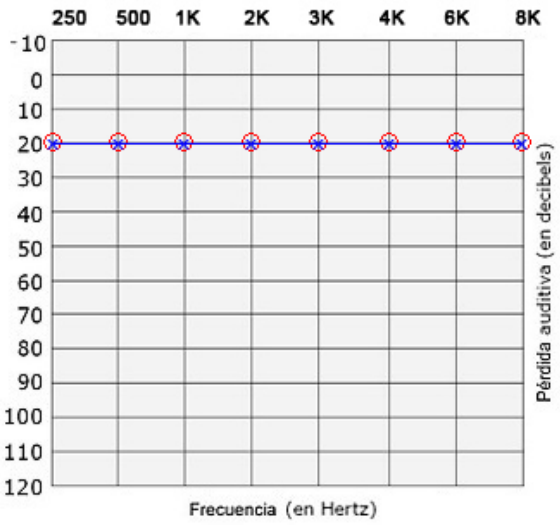
Tejo	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Poligono	No	Dispositivos de audio	No
Otro	No		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo (horas):	Realizo Re-Test: No	Uso Cabina Sonoamortiguada: Si

EVALUACIÓN

Audiograma



Convenciones

	Oido Derecho		Oido Izquierdo	
	Color Rojo		Color Azul	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción Aérea	O	N/A	X	N/A
Conducción Ósea	<	N/A	>	N/A
Inaudible				

Sin E: Sin Enmascaramiento; Con E: Con Enmascaramiento

Otoscopia	
Oido Derecho: NORMAL	
Oido Izquierdo: NORMAL	

CUAT	No	CUAP	No

Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
Oido Derecho Via Áerea	20	20	20	20	20	20	20	20
Oido Izquierdo Via Áerea	20	20	20	20	20	20	20	20
Oido Derecho Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-
Oido Izquierdo Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Severidad - CAOHC	
Audición Normal	Bilateral	Normal (0 - 25db)	Bilateral

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES	
Control Auditivo en 1 año	Reposo auditivo extralaboral

OBSERVACIONES
AUDICION NORMAL BILATERAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES DE 500 HZ, 1000 HZ, 2000 HZ Y EN FRECUENCIAS AGUDAS DE 3000 HZ, 4000 HZ, 6000 HZ Y 8000 HZ

Fernanda Buitrago
FONOAUDIOLOGA

Atendido por: BUITRAGO AGUDELO LIZETH FERNANDA
Reg.: 1115919075

Paciente: CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA
Identificación: 40670797

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: 14/01/2026 **No. 26180110000220**

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
40670797	0	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
10/02/2025	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO		CASTELLANOS FARFAN BERONICA ANDREA

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CALLE 5 # 25 - 46, CONJUNTO RESIDENCIAL

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	LA ALBORADA
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
BEANCAFA@YAHOO.ES	3125034481	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	8523	0	27/02/2008
Actividad Secundaría			
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

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

Se expide el **14 de enero del 2026** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

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

Proyectó: ENIETO

Powered by CamScanner