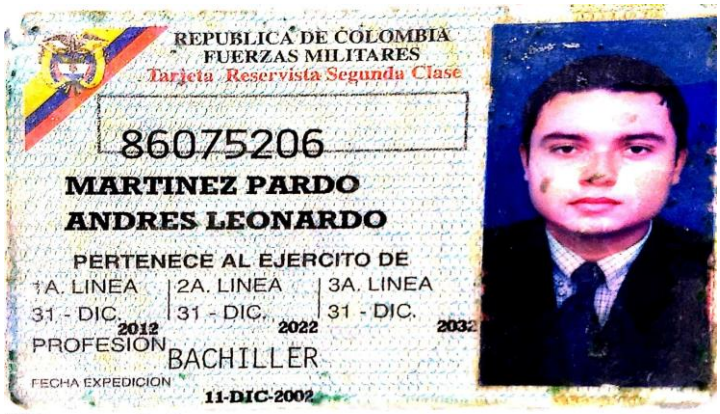


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

86075206

MARTINEZ PARDO
ANDRES LEONARDO

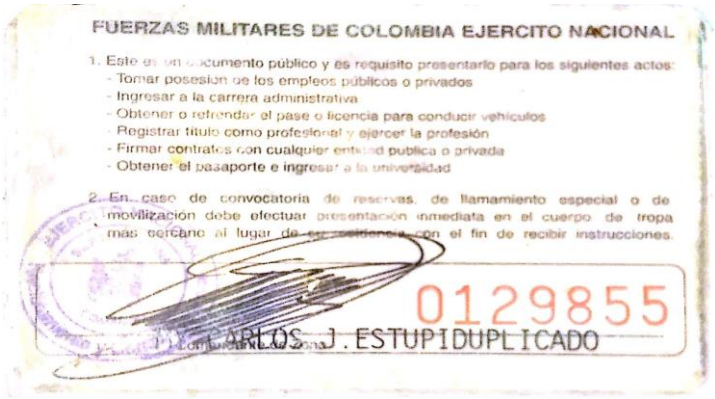
PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2012	31 - DIC. 2022	31 - DIC. 2032

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 11-DIC-2002

CS Escaneado con CamScanner



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad publica o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa mas cercano al lugar de residencia con el fin de recibir instrucciones.

0129855

CARLOS J. ESTUPIDUPLICADO

CS Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SENA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Martínez	Pardo	Andrés Leonardo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 86075206	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 86075206 D.M. 05

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 12 MES 06 AÑO 1982	CALLE 5A 49C 34 Casa			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	3112150674	EMAIL	anlemapa@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	11	AÑO	1997
										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	3	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SALUD	04	2013	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2010	27456

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*
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		Aspectos sanitarios en la nutrición y la alimentación	05	2018
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		Nutrición y alimentación en el desarrollo humano.	09	2018
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Atención en salud con pertinencia étnica	06	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Gestión local de la estrategia de vivienda saludable	07	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST	09	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Estrategias pedagógicas para el desarrollo del pensamiento	12	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Tecnologías de la información y la comunicación TICS (INTERNET)	12	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Formación en ambientes virtuales de aprendizaje.	07	2021
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Facturación de los servicios en salud.	09	2022
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		Atención y servicio al cliente.	12	2022

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

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 5461500	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* AREA COORDINACION ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 Urbanización Guayuriba						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* AREA COORDINACION ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	17	*Mes*	07	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* AREA COORDINACION ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* AREA COORDINACION ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR SENA	*DEPENDENCIA* AREA COORDINACION ACADEMICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PLAN ONG			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATO DE SERV PROFESIONALES	*DEPENDENCIA* AREA DE CIENCIAS DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 87 12						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO SANTA MARIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112960875	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 18 11 144 Barrio Centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	08	*Año*	2015	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL AREA DE LA SALUD	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD Y NUTRICION					*DIRECCIÓN* 7 # 32 -12						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 12 81 Bogotá						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2014	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 32 12 81 Bogotá						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA BARRANCA DE UPIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* BARRANCA DE UPÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108793911	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	20	*Mes*	09	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 11N º 2 -15/17 - Barrio Centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE SOLUCION SALUD META			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6088661410	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	05	*Año* 2013	*Día*	18	*Mes*	11	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR HOSPITAL	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 42N 32 06 Barzal Alto						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SANTA MARIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* ACACÍAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3112960875	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2012	*Día*	26	*Mes*	04	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 18 11 144 Barrio Centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA PUERTO LLERAS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO LLERAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3138853284	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	06	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 5 156 Barrio La Esperanza						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA PUERTO RICO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* PUERTO RICO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212268482	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	28	*Mes*	03	*Año* 2011	*Día*	27	*Mes*	06	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 14N 4 48 Barrio el Centro						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA NSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SANTA MARIA			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACÍAS					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	02	Mes:	02	Año: 2012	Día:	26	Mes:	04	Año:	2013	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN CARRERA 18 - 11 14 Barrio El Centro.						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO SANTA MARIA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO ACACÍAS					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	07	Año: 2016	Día:	30	Mes:	12	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN CARRERA 18 - 11 14 Barrio El Centro.						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	03	Año: 2021	Día:	21	Mes:	12	Año:	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN CARRERA 48 - 7 40 Urbanización Guayuriba						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA.			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 5461500	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2022	Día:	21	Mes:	12	Año:	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA					DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40 Urb. Guayuriba.						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 6086635729	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	06	Mes:	02	Año: 2023	Día:	17	Mes:	07	Año:	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	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			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 6086635729	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	25	Mes:	07	Año:	2023	Día:	16	Mes:	12	Año:	2023
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	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 5461500	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	05	Mes:	02	Año:	2024	Día:	14	Mes:	12	Año:	2024
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN CARRERA 48 6 40 Urbanización Guayuriba							

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

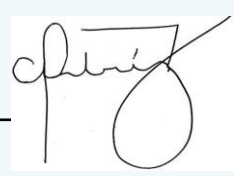
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	5	1

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, 16 de enero de 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Angelica Rocio Peña Sanchez

Firmado digitalmente por Angelica Rocio Peña Sanchez
Fecha: 2026.01.21 17:53:02 -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	2026-01-16 17:45

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANDRÉS	LEONARDO	MARTÍNEZ	PARDO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	86075206

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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$45.995.110,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$45.995.110,00

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	$27.885.450,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
AUTOMOVIL	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$38.000.000,00
TERRENO	COLOMBIA	META	CUBARRAL	$27.000.000,00
MOTO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$3.500.000,00
APARTAESTUDIO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$160.000.000,00

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 [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
LINA	MARIA	HERNANDEZ	ROMERO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 64479085

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

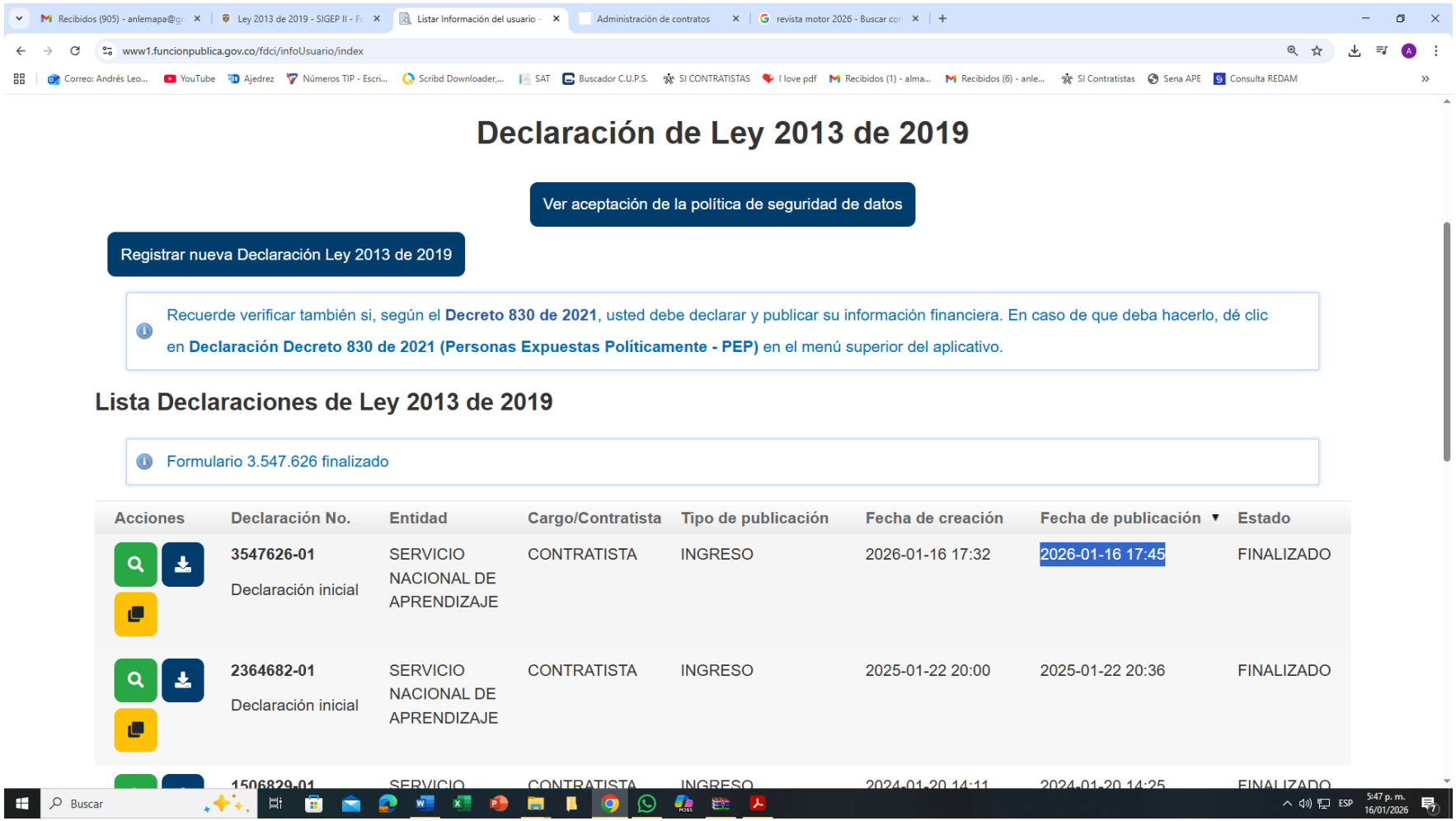
2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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:

PANTALLAZO DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES PAGINA FUNCION PUBLICA



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 Andres Leonardo Martinez Pardo, identificado(a) con CC número 86075206, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 86075206
NOMBRES Y APELLIDOS	Andres Leonardo Martinez Pardo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	12/06/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2021
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	01/11/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 86075206 ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO Desde 01/01/2025 - Vigente

Generado por interfaces 07/01/2026

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:

ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **86.075.206**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 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.

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO		Identificación: 86075206	
Género: MASCULINO	RH: A+	Fecha de Nacimiento: 12 de Junio de 1982	Edad: 43
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 30641	Fecha: 2026-01-20
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: SIN AFILIACIÓN	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: Ninguna

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: -		Estrabismo	No

Problemas de Refracción: No	Cuales?: -	Tiempo Evolución (años): -	Corregido: Lentes de Contacto
Frecuencia de Uso:	Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 26	Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula:	

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: Ninguna

EVALUACIÓN

	A. Agudeza Visual				B. Lensometría	
	Sin Correción		Con Correción		Sin Correción	Con Correción
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima		
Ojo Derecho	20/20-	1.50	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	20/20-	1.50	-	-	-	-

C. Examen Externo		D. Estado Motor		
Pinguecula	No	Cover Test Visión Lejada:	-	
Resequedad Ocular	No	Cover Test Visión Próxima:	-	
Inyección Conjuntival	No	Punto Próximo de Convergencia:	-	
Hiperemia Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho:	-	
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:	-	
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

E. Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza V.	DP	DNP	ALT F	ALT V	Prisma
Ojo Derecho	+0.25	-	-	-	-	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	+0.25	-	-	-	-	-	-	-	-
Adición de Lente	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Hipermetropia	Ambos Ojos	Problema de Refraccion No corregido	Ambos Ojos
Presbicia	Ambos Ojos		

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
PRESBICIA	Comun	Impresión Diagnostica
HIPERMETROPIA	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Control Optometria en 1 año	Corrección Óptica con anteojos
Uso de lentes de descanso	Uso de protección visual según tipo de exposición

OBSERVACIONES

apto, uso de vp

Stephany Castaño Palacios
Optometra
TP. 1018488118
Reg. 1289

Atendido por: CASTAÑO PALACIOS STEPHANY
Reg.: 1018488118

Paciente: MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO
Identificación: 86075206

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE



Nombre: MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO		Identificación: 86075206	
Género: MASCULINO	RH: A+	Fecha de Nacimiento: 12 de Junio de 1982	Edad: 43
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 30641	Fecha: 2026-01-20
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: SIN AFILIACIÓN	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

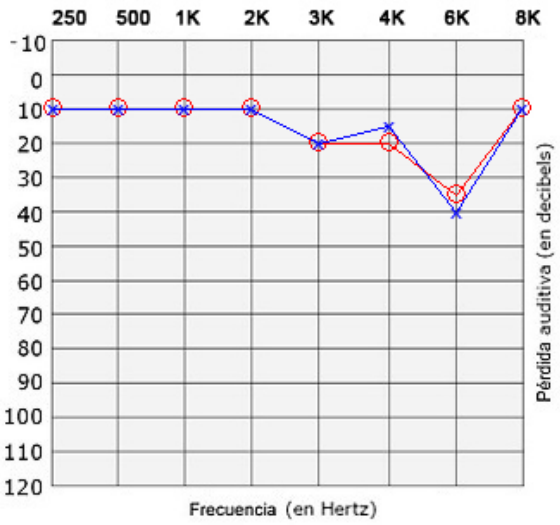
Tejo	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Poligono	No	Dispositivos de audio	No
Otro	No		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo (horas): 12	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: DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD

Oido Izquierdo: DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD

CUAT	No	CUAP	No

Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
Oido Derecho Via Áerea	10	10	10	10	20	20	35	10
Oido Izquierdo Via Áerea	10	10	10	10	20	15	40	10
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

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA NORMAL BILATERAL

DESCENSO AUDITIVO EN FREC 6000HZ DE GRADO LEVE BILATERAL.

REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

CONTROL ANUAL

LUZ AILIN GUERRA FERREIRA
CC: 1053005488
Fonoaudióloga

Atendido por: GUERRA FERREIRA LUZ AILIN
Reg.: 1053005488

Paciente: MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO
Identificación: 86075206

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6828888 - 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: 30641 Fecha: 2026-01-20 10:12:09

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 CIIU: SECTOR: -

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

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ANDRES LEONARDO APELLIDOS: MARTINEZ PARDO

IDENTIFICACIÓN: 86075206 FECHA DE NACIMIENTO: 12 de Junio de 1982 EDAD: 43

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: ESPECIALIZADO CARGO: INSTRUCTOR SENA

ARL: SIN AFILIACIÓN EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Porvenir

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

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. Participe rigurosamente en programas de conservación auditiva y audiometrías anuales.
2. Consulte con su médico tratante la remisión a Optómetra para el manejo de la disminución de la agudeza visual cercana.

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) Corrección Óptica con anteojos 3) Uso de lentes de descanso 4) Uso de protección visual según tipo de exposición







Atendido por: MONTES DURANDO KEVIN ANDRES
Registro Médico: 1047462218
Licencia S.O.: 1425-2022

Paciente: MARTINEZ PARDO ANDRES LEONARDO
Identificación: 86075206

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 19/01/2026

No. 24360110000316

INFORMACIÓN GENERAL

1. Tipo de Novedad	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil
INSCRIPCIÓN PORTAL	01/03/2021		

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

5. Tipo de Documento	6. No. de Documento	7. D.V.	8. Tipo de Persona	9. Régimen Industria y Comercio
CC	**86075206**	5	NATURAL	Común () – Simplificado(**X**)

10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente
ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO

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

REPRESENTANTES LEGALES

Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL

15. Tipo de Documento	16. No. de Documento	17. Nombres y Apellidos	18. Tarjeta Profesional
CC	86075206	ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO	27456

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

19. Dirección Fiscal	20. Departamento	21. Ciudad o Municipio
CALLE 5A # 49C - 34, CASA	META	VILLAVICENCIO

22. Barrio	23. Correo Electrónico	24. Teléfono	25. Celular
LLANO LINDO	anlemapa@gmail.com	3112150674	3112150674

ACTIVIDADES ECONOMICA

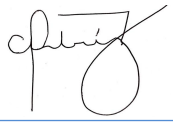
Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8541-0	EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL	01/03/2021	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre	Dirección	Teléfono	Fecha Apertura	Fecha Cierre

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

Representante Legal o Propietario



Nombre: **ANDRES LEONARDO MARTINEZ PARDO**
No. Identificación: 86075206

Código de Verificación

**** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 86075206 - FECHA: 19/01/2026 ****