REPUBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 112056633

APELLIDOS Y NOMBRES

FRANCO VALENCIA

DERIAN DUVAN



PERTENECE A LA RESERVA DE:

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

FECHA DE EXP.: 23-JUL-2009 AUX. PONAL

PROFESIÓN BACHILLER ESP. MIL PONAL

UM

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Contratos con cualquier entidad pública
   - Ingreso 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 especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

DISTRITO MILITAR No. 44 COMANDO

0171381

EJ BAU 042

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
FRANCO	VALENCIA	DERIAN DUVAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1120566633	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1120566633 D.M. 54

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 25 MES 04 AÑO 1990	CALLE 5 21 50			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	MAPIRIPAN		
MUNICIPIO	MAPIRIPAN	TELÉFONO	6736038	EMAIL	derian89@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	12	AÑO	2006
										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	1	X		ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	12	2025	
PREGRADO	10	X		AGRONOMIA	03	2024	
PREGRADO	6	X		PRODUCCION AGROPECUARIA ECOLOGICA	11	2017	
PREGRADO	3	X		CULTIVO Y COSECHA DE LA PALMA DE ACEITE	02	2012	

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:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
UNIVERSIDAD DE LA AMAZONIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO GESTOR COMUNITARIO DE SELVA	02	2022
UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD)	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	96	X		MANEJO RESPONSABLE DE PRODUCTOS PARA LA PROTECCION DE CULTIVOS DE USO AGRICOLA	11	2023

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*

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 ALCALDIA DE MAPIRIPAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3133905842	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA SOCIAL				*DIRECCIÓN* CALLE 5 21 28 palacio municipal							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PASTORAL SOCIAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO GUAVIARE	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DEL GUAVIARE				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3152051260	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	10	*Mes*	08	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y TALENTO HUMAN				*DIRECCIÓN* SAN JOSE DEL GUAVIARE							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE MAPIRIPAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3118588959	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	30	*Mes*	01	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - TALENTO HUMAN					*DIRECCIÓN* CALLE 5 21 28						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MAPIRIPAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212069664	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	02	*Año* 2011	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 143 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ALCALDIA Y SECRETARIA DE HACIENDA					*DIRECCIÓN* CALLE 5 21 28						

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3143322873	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	07	*Mes:*	02	*Año:* 2025	*Día:*	16	*Mes:*	10	*Año:*	2025	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* VEREDA CAÑO EVARISTO						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3208024380	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	29	*Mes:*	01	*Año:* 2024	*Día:*	16	*Mes:*	10	*Año:*	2024	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* VEREDA CAÑO EVARISTO						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* MAPIRIPAN					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3108824729	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	30	*Mes:*	01	*Año:* 2023	*Día:*	11	*Mes:*	12	*Año:*	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 5 21 28						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIANAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: MAPIRIPAN				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3112229090	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	20	Mes:	01	Año:	2022	Día:	15	Mes:	12	Año: 2022
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CALLE 5# 21-50				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3112229090	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	15	Mes:	02	Año:	2021	Día:	16	Mes:	12	Año: 2021
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: CARRERA - CARRERA 14 KILOMETRO 12 VIA PUERTOLOPEZ				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: MAPIRIPAN				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3112229090	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	10	Mes:	02	Año:	2020	Día:	18	Mes:	12	Año: 2020
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CALLE 5 21 50				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: MAPIRIPAN				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 3112229090	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	10	Mes:	05	Año:	2019	Día:	30	Mes:	11	Año: 2019
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CALLE 5 21 28				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
EXPERIENCIA DOCENTE	5	5

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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento ***VILLAVICENCIO META-ENERO DEL 2026***

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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: 2026.01.24 15:44:11 -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	2025-01-25 17:06

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DERIAN	DUVAN	FRANCO	VALENCIA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1120566633

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	MAPIRIPAN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	MAPIRIPAN

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$47.781.332,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$47.781.332,00

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	$30.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO PARA VEHICULO	$40.000.000,00

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
YASMIN		GAMBA	DIAZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1121915111

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: 2024

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118716454991

(415)7707212489984(8020) 000211871645499 1

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
1 1 2 0 5 6 6 6 3 3	8	FRANCO	VALENCIA	DERIAN	DUVAN	2 2

24. Actividad económica principal	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
0 0 1 0	Si es una corrección indique:			0

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	11,647,000	Deudas	30	48,897,000	Total patrimonio líquido	31	0

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	49,177,000	43	0	58	0	74	9,000,000
Devoluciones, rebajas y descuentos								75	0
Ingresos no constitutivos de renta		33	6,148,000	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes				45	0	60	0	77	3,800,000
Renta líquida		**34**	43,029,000	**46**	0	**61**	0	**78**	5,200,000
Rentas líquidas pasivas - ECE						62	0	79	0
Rentas exentas	Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
	Otras rentas exentas	36	10,757,000	48	0	64	0	81	0
	Total rentas exentas	**37**	10,757,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables	Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
	Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0
	Total deducciones imputables	**40**	0	**52**	0	**68**	0	**85**	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)		**41**	10,757,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio				**54**	0	**70**	0	**87**	5,200,000
Pérdida líquida del ejercicio				**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas				56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria		**42**	32,272,000	**57**	0	**73**	0	**90**	5,200,000

Ren. líquida céd. gen.	91	48,229,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	10,757,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	37,472,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	37,472,000	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	37,472,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	50,000
Costos por ganancias ocasionales	113	40,000
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	**115**	10,000

Liquidación privada

Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables — Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**121**	0

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

Impuesto neto de renta	**126**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	**127**	2,000
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	**129**	2,000
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	0
Retenciones año gravable a declarar	132	371,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	498,000	Total saldo a pagar	136	129,000	Total saldo a favor	137	0
Número de dependientes económicos	138	0	Adición por dependientes a la casilla 92	139	0	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador | Firma contador | 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

DIAN — Fecha Acuse de Recibo — Firmado

2025-09-15 / 07:01:54 PM

2 0 2 5 - 0 9 : 0 1 : 5 4

980. Pago total $: 0

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

91900364772088

2 0 2 5 2 2 7 8 7 9 6 1 9 4

RECIBIDO

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DERIAN DUVAN FRANCO VALENCIA identificado(a) con CC 1120566633 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**15/03/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**NUEVA SALUD INTEGRAL IPS SAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes de enero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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:

DERIAN DUVAN FRANCO VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.566.633**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 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.

MEDICENTER I.P.S CRC S.A.S
SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Tel: 320 492 7431 - 311 856 6335
Dir: Cra 23 # 10 - 163 Barrio La Esperanza
E-mail: medicenterips2@gmail.com
San José - Guaviare



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 34.583

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN	MASCULINO	35 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1120566633 (Número)

Cargo: **INSTRUCTOR**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	AUDIOMETRIA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPICO (P.L)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LA NORMALIDAD.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Natalia Pitalua Wilches
Médico General U. Andes
Resolución 95 303
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. Manizales

Firma:

Nombre: CC: 1007585231 - NATALIA INES PITALUA

R. M.: 1007585231 **L.S.O.:** 95303

Código de Seguridad
O549U1A34583

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN

CC: 1120566633

MEDICENTER I.P.S CRC S.A.S
SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Tel: 320 492 7431 - 311 856 6335
Dir: Cra 23 # 10 - 163 Barrio La Esperanza
E-mail: medicenteripS2@gmail.com
San José - Guaviare

Código de Seguridad
S549Y33E51082



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 51082

Municipio: SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) Fecha y Hora: sábado, 3 de enero de 2026 08:26:49 a.m.

Nombres y Apellidos: FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN CC: 1120566633 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 25/04/1990 Edad: 35 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

PERFIL LIPICO (P.L)

PERFIL LIPIDICO

COLESTEROL HDL:	**46.2 mg/dl Valor normal mujer > 55 Hombre > 45**
COLESTEROL LDL:	**94.6 mg/dl Valor normal: Menor 150 mg/dl**
COLESTEROL VLDL:	**32.2 mg/dl Valor normal: Menor 30 mg/dl**
COLESTEROL TOTAL:	**173 mg/dl Valor normal menor de 200mg/dl**
TRIGLICÉRIDOS:	**161 mg/dl Valor normal menor 150 mg/dl**

María Trinidad Orozco Barraza
CC: 49699662
Bacteriologa Esp. Epidemiologia

Reviso: María Trinidad Orozco
Bacteriologa

Jeyni Marcela Carreño Gutierrez
CC: 1121879555
Bacteriólogo(a) RP: 1121879555

Jeyni M. Carreño G.
C.C. 1.121.879.555
Bacterióloga

MEDICENTER I.P.S CRC S.A.S
SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Tel: 320 492 7431 - 311 856 6335
Dir: Cra 23 # 10 - 163 Barrio La Esperanza
E-mail: medicenterips2@gmail.com
San José - Guaviare



N° 34.583

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN	MASCULINO	35 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS	CC (Tipo)	1120566633 (Número)

Cargo: **INSTRUCTOR**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	AUDIOMETRIA	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPICO (P.L)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ANEXO OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LA NORMALIDAD.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Natalia Pitalua Wilches
Médico General U. Andes
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo U. Manizales

Firma:

Nombre: CC: 1007585231 - NATALIA INES PITALUA

R. M.: 1007585231 **L.S.O.:** 95303

Código de Seguridad
O549U1A34583

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN

CC: 1120566633

MEDICENTER I.P.S CRC S.A.S
SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Tel: 320 492 7431 - 311 856 6335
Dir: Cra 23 # 10 - 163 Barrio La Esperanza
E-mail: medicenteripss2@gmail.com
San José - Guaviare



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

Atención Nº: 2,446

DATOS PERSONALES

Fecha: 05/01/2026 **Municipio:** SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLO **CC:** 1120566633 **Nombre:** FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN **Edad:** 35 AÑOS 8
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 05/01/2026
Lugar del Último Examen: ---- **Motivo Consulta:** EXAMEN LABORAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 100	1.00M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **PTERIGION NASAL GRADO L**
OJO IZQUIERDO: **PTERIGION NASAL GRADO L**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO	+0.50-4.00*0	AV VL 20/ **25**	AV VP 20/ **0.7**
OJO DERECHO	N	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	IZQUIERDO	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL
H523	ANISOMETROPIA Y ANISEICONIA	IZQUIERDO	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

CORRECCION VISUAL PERMANENTE

OPTOMETRA



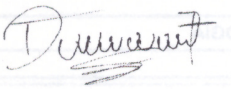
Firma:

Nombre: CC: 1031182185 - WILLIAM ALEXANDER MOSQUERA

R. M.: 1031182185 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
S549Y3E2446

PACIENTE



Firma:

Nombre: FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN

CC: 1120566633

MEDICENTER I.P.S CRC S.A.S
SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS
NIT. 900224092-4

Tel: 320 492 7431 - 311 856 6335
Dir: Cra 23 # 10 - 163 Barrio La Esperanza
E-mail: medicenterips2@gmail.com
San José - Guaviare



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 6821

Fecha: 05/01/2026 8:03 a.m. Ciudad: SAN JOSÉ DEL GUAVIARE (GUAVIARE, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO Eps: NUEVA EPS
CC: 1120566633 Nombre: FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN Edad: 35 AÑOS 8 MESES 11 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 25/04/1990 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	6	6

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
PATOLÓGICOS	NO REFIERE	ALÉRGICOS	NO REFIERE
QUIRÚRGICOS	NO REFIERE	PSIQUIATRICOS	NO REFIERE
TRAUMÁTICOS	NO REFIERE	FOBIAS	NO REFIERE
FARMACOLÓGICOS	NO REFIERE	OTRO, DESCRÍBALO	

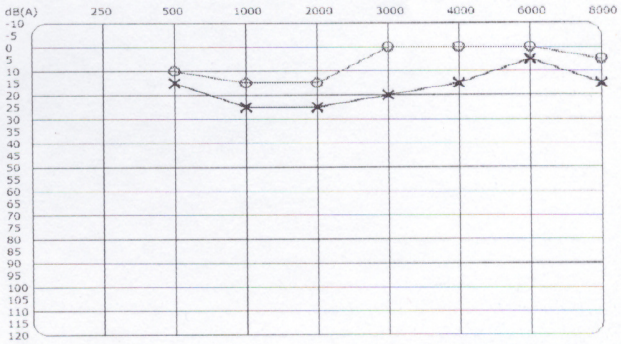
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	3 HORAS AL DIA	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 260 F. Ultima Calibración: 2023-08-28

○ : Vía aérea del OD × : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		10	15	15	0	0	0	5
VAOI		15	25	25	20	15	5	15

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

Observaciones

PACIENTE CON AUDICIÓN DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES A NIVEL BILATERAL, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO SEGÚN LABOR Y CONTROL AUDITIVO SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: CC: 1001346713 - SANDRA TATIANA WANDURR/

R. M.: 1001346713 L.S.O.:

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN

CC 1120566633

Código de Seguridad

R549X2D6821

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 29/12/2025

No. 25360110008106

INFORMACIÓN GENERAL

1. Tipo de Novedad	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil
ACTUALIZACIÓN PORTAL	01/01/2019		01/01/2019

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

5. Tipo de Documento	6. No. de Documento	7. D.V.	8. Tipo de Persona	9. Régimen Industria y Comercio
CC	**1120566633**	8	NATURAL	Común () – Simplificado(**X**)

10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente
FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN

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			

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

19. Dirección Fiscal	20. Departamento	21. Ciudad o Municipio
CALLE 5 # 21 - 5	META	VILLAVICENCIO

22. Barrio	23. Correo Electrónico	24. Teléfono	25. Celular
LA LOMA	DERIAN89@HOTMAIL.COM	3102645674	3102645674

ACTIVIDADES ECONOMICA

Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8523-0	EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA Y DE FORMACIÓN LABORAL	29/12/2025	
8299-0	Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.	07/03/2018	

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	Código de Verificación
Nombre: **FRANCO VALENCIA DERIAN DUVAN** No. Identificación: 1120566633	

**** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 1120566633 - FECHA: 29/12/2025 ****

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: 29/12/2025 **No. 24180110000347**

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
1120566633	8	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
DERIAN DUVAN FRANCO VALENCIA

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
04/06/2020	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	1120566633	DERIAN DUVAN FRANCO VALENCIA

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
MAPIRIPAN BARRIO LA LOMA

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	SAN JOSE
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
DERIAN89@HOTMAIL.COM	3156598784	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	8523	0	29/12/2025
Actividad Secundaría	7940	0	07/03/2018
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

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

Se expide el **29 de diciembre del 2025** en el Municipio de Villavicencio -

Meta. **Firma del Responsable**

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

Proyectó: GPGARCIA