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
AGUAS		CARMELO HIGUERA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 17345716	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 17345716 D.M. 5

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 21 MES 10 AÑO 1968	CALLE 12 SUR 18 81 MZA D CASA 9 A CONDOMINIO PACANDE			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO	0000000	EMAIL	elprofeaprende@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 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 ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA INFORMATICA	03	2012	
PREGRADO	10	X		LICENCIATURA EN PEDAGOGIA REEDUCATIVA	12	2000	

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)

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*

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	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 301306 INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* MEDIA TECNICA - SENA						*DIRECCIÓN* CARRERA 33 null null KM 13 VIA PUERTO LOPEZ				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6715859	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	12	*Mes*	03	*Año*	2021	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* EDUCACION						*DIRECCIÓN* CALLE 40N ° 33 - 64 Centro				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6715844	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	09	*Año* 2020	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE EDUCACION					*DIRECCIÓN* CALLE 40N 33 64 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0576715844	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2020	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE EDUCACION					*DIRECCIÓN* CALLE 40N 33 64 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ARQUIDIOCESIS DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6626575	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 39N 34 19 El Barzal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ARQUIDIOCESIS DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6626575	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 1994	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR CEMENTERIO CENTR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 39N 34 19 El Barzal						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA CORPORACION UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:* 2017	*Día:*	01	*Mes:*	12	*Año:*	2017	
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA PLAYA RICA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6671493	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	19	Mes:	08	Año: 2015	Día:	05	Mes:	07	Año:	2016	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CARRERA 54 21A 9						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: INSTITUCION EDUCATIVA JORGE ELIECER GAITAN			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6717640	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	29	Mes:	01	Año: 2009	Día:	24	Mes:	07	Año:	2015	
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CALLE 36A 17 35						

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	15	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	3
EXPERIENCIA DOCENTE	8	2

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI__NO _X_ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento: Villavicencio, enero 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: 2026.01.23 22:25:36 -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	2026-01-04 12:48

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMELO		HIGUERA	AGUAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	17345716

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$45.995.110,00
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	$23.449,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$80.000.000,00

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
YUDY	MARITZA	TORRES	MORALES

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 40404816

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:

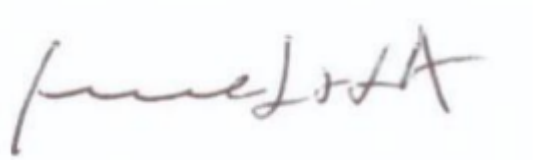
Nombre entidad	Valor

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:



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARMELO HIGUERA AGUAS identificado(a) con CC 17345716 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**30/08/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC SAS-VILLAVICENCIO-PGP**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARMELO HIGUERA AGUAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17345716,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 04 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDICAL IPS OCUPACIONAL
NIT: 901094119-9
Dirección: Calle 33 # 38 - 49
Barrio Barzal Alto
WhatsApp: 316 583 3953
Teléfono: 608 678 4701
email: medicalips@outlook.es
Facebook: @medicalipsocupacional



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.408

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	01 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO DE INGRESO

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

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

HIGUERA AGUAS CARMELO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	56 AÑOS 2 MESES 24 DÍAS	CC	17345716
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

Cargo
DOCENTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APLICA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Sandra Méndez
Médico Ocupacional R.M. 763/2007
Esp. Salud Ocupacional Res. 9451/2024
Esp. Médico Auditor

Firma:

Nombre: MENDEZ BAQUERO SANDRA BIBIANA

R. M.: 763/2007 L.S.O.: 9451

Código de Seguridad
A1510G1M3408

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: HIGUERA AGUAS CARMELO

CC: 17345716

Powered by CamScanner

JEANNYS ROJAS
LABORATORIO CLÍNICO

NIT. 22.477.895 – 2
RG 8-125
E-mail:Laboratoriojeannysrojas@gmail.com
Dirección: Calle 33 # 38 – 49 Barzal Alto
Cel: 3002504366

Fecha: 07/02/2025 9:12 a. m.

Paciente: CARMELO HIGUERA AGUAS **Recepción:** 8247 **Sala:** N/A
Edad: 56 A **Sexo:** M **Identificación:** 17345716 **Fecha rcp:** 07/02/2025 7:49:17 a. m.
Teléfonos: 3016616048 **Médico :** No Asignado
Empresa: MEDICAL IPS

		Resultado	Valores de referencia
1	GLICEMIA	87.8 mg/dl	60 a 100 mg/dl
2	**PERFIL LIPIDICO**		
	COLESTEROL TOTAL	197.0 mg/dL	
	OPTIMO: HASTA 200mg/dL **MODERADO: 200-239mg/dL** **ELEVADO: <240mg/dL**		
	COLESTEROL HDL	54.6 mg/dL	
	RIESGIO BAJO: >60mg/dL **RIESGO ALTO: <30mg/dL**		
	TRIGLICERIDOS	182.0 mg/dL	
	BAJO: HASTA 150mg/dL **ALTO: 150-499mg/dL** **MUY ALTO: >500mg/dL**		



Jeannys Judith Rojas M.
Bacterióloga Esp. Salud ocupacional
RG. 8-125

MEDICAL IPS OCUPACIONAL
NIT: 901094119-9
Dirección: Calle 33 # 38 - 49
Barrio Barzal Alto
WhatsApp: 316 583 3953
Teléfono: 608 678 4701
email: medicalips@outlook.es
Facebook: @medicalipsocupacional



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención Nº: 2,565

Fecha: 07/02/2025 Municipio: VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) CC: 17345716 Nombre: HIGUERA AGUAS CARMELO Edad: 56 AÑOS 3
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: DOCENTE Empresa: PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MEDICO DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VCIO Motivo Consulta: ASINTOAMTICO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	QX CATARAT AO
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
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	20/30	075M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/50	175M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/30	075M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SANO**
OJO IZQUIERDO: **SANO**

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: **N-125X45** AV VL 20/ **25**
OJO IZQUIERDO: **+125-200X155** AV VL 20/ **30**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO**	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO**	AV VL 20/	AV VP 20/	ADD

VISIÓN COLOR

Scanned with CamScanner

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

GAFAS PERMANENTES

OPTOMETRA

Firma:

Nombre: GIRALDO GOMEZ EDWIN ERNESTO

R. M.: 8208 L.S.O.:

Código de Seguridad

C1510I3O2565

PACIENTE

Firma:

Nombre: HIGUERA AGUAS CARMELO

CC: 17345716

Scanned with CamScanner

MEDICAL IPS OCUPACIONAL
NIT: 901094119-9
Dirección: Calle 33 # 38 - 49
Barrio Barzal Alto
WhatsApp: 316 583 3953
Teléfono: 608 678 4701
email: medicalips@outlook.es
Facebook: @medicalipsocupacional



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 2537

Fecha: 07/02/2025 Ciudad: VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO DE INGRESO Eps: NUEVA EPS
CC: 17345716 Nombre: HIGUERA AGUAS CARMELO Edad: 56 AÑOS 3 MESES 17 DÍAS Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 21/10/1968 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: DOCENTE

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
ALCALDIA	DIRECTOR TECNICO Y DE CALIDAD	NINGUNA	NO APLICA	0	0

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		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

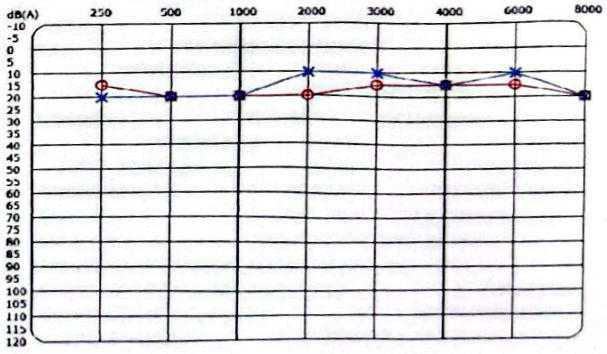
Descanso auditivo(Horas): 8 Hora(s) Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: AUDIOMETRO F. Ultima Calibración: 2024-01-22

O : Vía aérea del OD X : 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	15	20	20	20	15	15	15	20
VAOI	20	20	20	10	10	15	10	20



PTA Oido derecho: 18.75 PTA Oido izquierdo: 15.00

SEVERIDAD - CAOHC

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

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oido derecho: NORMAL Oído izquierdo: NORMAL Bilateral: NORMAL

Descripción frecuencial

AUDICIÓN NORMAL BILATERAL

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
USE PROTECCIÓN AUDITIVA	

Observaciones

Scanned with CamScanner

ONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: APARICIO CASTELLANOS SILVIA JULIANA

R. M.: 4864 L.S.O.:

Impreso el 07/02/2025 a las 07:36 a.m.

Código de Seguridad
T1510Z2F2537
Página 2 de 2

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: HIGUERA AGUAS CARMELO

CC 17345716

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 21/01/2026

No. 26360110000366

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

INFORMACION DEL CONTRIBUYENTE				
5. Tipo de Documento CC	6. No. de Documento **17345716**	7. D.V. 8	8. Tipo de Persona NATURAL	9. Régimen Industria y Comercio Común () – Simplificado(**X**)
10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente **HIGUERA AGUAS CARMELO**				
11. ¿Gran Contribuyente?	12. ¿Agente Retenedor?	13. ¿Contribuyente Temporal?	14. ¿Declara Alumbrado?	

REPRESENTANTES LEGALES				
Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

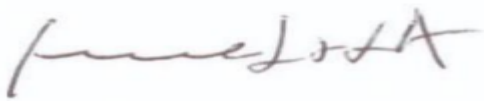
INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL			
15. Tipo de Documento CC	16. No. de Documento	17. Nombres y Apellidos	18. Tarjeta Profesional

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL			
19. Dirección Fiscal CALLE 12 SUR # 18 - 81, MANZANA D CASA 9A	20. Departamento META	21. Ciudad o Municipio VILLAVICENCIO	
22. Barrio CONDOMINIO PACANDE	23. Correo Electrónico ELPROFEAPRENDE@GMAIL.COM	24. Teléfono 3016616048	25. Celular 3016616048

ACTIVIDADES ECONOMICA			
Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8523-0	EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA Y DE FORMACIÓN LABORAL	13/02/2025	

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: **HIGUERA AGUAS CARMELO** No. Identificación: 17345716	

**** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 17345716 - FECHA: 21/01/2026 ****