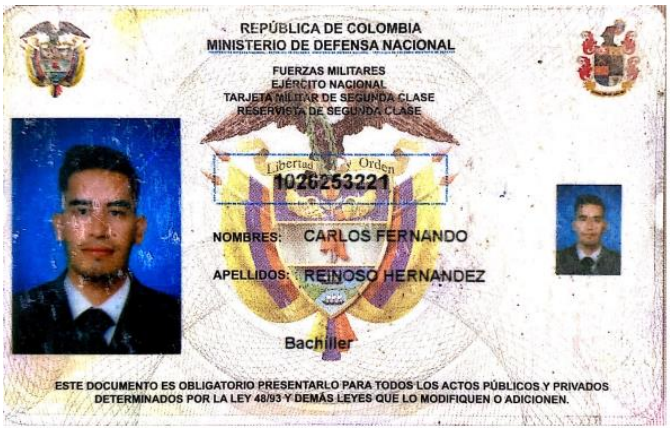


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE

Libertad y Orden

1026253221

NOMBRES: CARLOS FERNANDO

APELLIDOS: REINOSO HERNANDEZ

Bachiller

ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.



PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2016	2026	2036

22/01/2018

FECHA DE EXPEDICIÓN:

054

DISTRITO MILITAR:

P113061

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

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
REINOSO	HERNANDEZ	CARLOS FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1026253221	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1026253221 D.M. 54

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 28 MES 06 AÑO 1986	CALLE 31N 7 43 Casa			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	GRANADA		
MUNICIPIO	GRANADA	TELÉFONO	3228854411	EMAIL	carlosreinoso1@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	2002
										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	4	X		MASTER EN DIRECCION DE MARKETING & GESTION COMERCIAL	12	2016	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	09	2012	59385

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*
INGLÉS		X				X	X		

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*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 86825264	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	06	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR EMPRENDIMENTO	*DEPENDENCIA* CEGAFE-SENA EMPRENDE RURAL-SER					*DIRECCIÓN* KM 12 Vía Villavicencio - Puerto López						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR - CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "SER" SENA EMPRENDE RURAL					*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 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	16	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4691 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COORDINACION DE PROGRAMAS ESPECIALES					*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 3228854411	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	23	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* "SER" SENA EMPRENDE RURAL					*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 5461500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROGRAMAS ESPECIALES					*DIRECCIÓN* vía Puerto López Km 18					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA - SER					*DIRECCIÓN* Km. 12.2 Vía Puerto López ? Villavicencio					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA - SER					*DIRECCIÓN* Km. 12.2 Vía Puerto López - Villavicencio					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6825151	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	02	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA - SER					*DIRECCIÓN* Km. 12.2 Vía Puerto López - Villavicencio					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD AGROCOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VISTAHERMOSA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	08	*Año* 2017	*Día*	09	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONSULTORIA SOCIOEMPRESARIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - PROYECTOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 11 24					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD AGROPECUARIA EPSAGRO EL CUBARRO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	13	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL AASESOR TECNICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION - PROYECTOS					*DIRECCIÓN* CALLE 15 13 46					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EPSAGRO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	06	*Año* 2014	*Día*	05	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A EJECUCION DE PROYECTO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO-PROYECTOS					*DIRECCIÓN* CALLE 15 13 46					

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS 86825264	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	17	*Mes:*	02	*Año:* 2025	*Día:*	17	*Mes:*	12	*Año:*	2025
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* AUTOPISTA 65 12 12 KM 12 Vía Villavicencio - Puerto López					

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-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6825151	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	12	Mes:	02	Año: 2024	Día:	17	Mes:	12	Año:	2024	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO					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:	16	Mes:	02	Año: 2023	Día:	15	Mes:	12	Año:	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 6 40						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICION NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	18	Mes:	02	Año: 2021	Día:	22	Mes:	12	Año:	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO					DIRECCIÓN: AVENIDA 40 - vía Puerto López Km 18						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6825151	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	13	Mes:	02	Año: 2020	Día:	11	Mes:	12	Año:	2020	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO					DIRECCIÓN: Km. 12 Vía Puerto López						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS: 6825151	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	21	Mes:	02	Año: 2019	Día:	18	Mes:	12	Año:	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO: ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO					DIRECCIÓN: Km. 12 Vía Puerto López						

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-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 682515	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	16	*Mes:*	02	*Año:*	2018	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:* 2018
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO						*DIRECCIÓN* Km. 12 Vía Puerto López				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTTO TECNICO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3125879204	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	04	*Mes:*	02	*Año:*	2013	*Día:*	01	*Mes:*	12	*Año:* 2017
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 - 16 36				

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

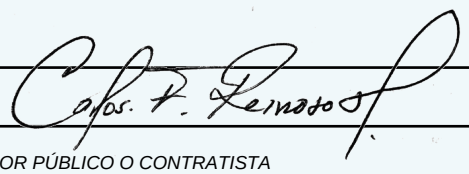
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	11
EXPERIENCIA DOCENTE	10	7

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio, 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)

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Angelica Rocio Peña Sanchez

Firmado digitalmente por Angelica Rocio Peña Sanchez
Fecha: 2026.01.22 14:59:57 -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	2026-01-06 14:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	FERNANDO	REINOSO	HERNANDEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1026253221

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GRANADA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	GRANADA

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	$54.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$54.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$15.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	META	GRANADA	$5.800.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS	$150.000.000,00

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 [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

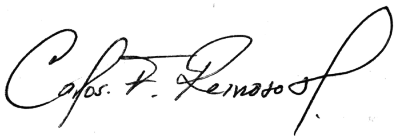
Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2024

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118696855922

(415)7707212489984(8020) 0002118696855922

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
1026253221	2	REINOSO	HERNANDEZ	CARLOS	FERNANDO	22

24. Actividad económica principal	Si es una corrección indique:	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
8523					162,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	270,747,000	Deudas	30	154,597,000	Total patrimonio líquido	31	116,150,000

Cédula general

Conceptos/rentas	Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos	32	60,533,000	43	0	58	0	74	120,000
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0
Ingresos no constitutivos de renta	33	5,661,000	44	0	59	0	76	0
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0
Renta líquida	**34**	54,872,000	**46**	0	**61**	0	**78**	120,000
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	11,586,000	48	0	64	0	81	0
Rentas exentas: Total rentas exentas	**37**	11,586,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	8,531,000	50	0	66	0	83	0
Deducciones imputables: Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0
Deducciones imputables: Total deducciones imputables	**40**	8,531,000	**52**	0	**68**	0	**85**	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	**41**	20,117,000	**53**	0	**69**	0	**86**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio			**54**	0	**70**	0	**87**	120,000
Pérdida líquida del ejercicio			**55**	0	**71**	0	**88**	0
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria	**42**	34,755,000	**57**	0	**73**	0	**90**	120,000

Ren. líquida céd. gen.	91	54,992,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	20,279,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	34,713,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	34,713,000	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	34,713,000

Ganancias ocasionales

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

Liquidación privada

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

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

Impuesto neto de renta	**126**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	**127**	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	**129**	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	1,159,000
Retenciones año gravable a declarar	132	131,000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	0	Total saldo a favor	137	1,290,000
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 uso de la entidad recaudadora

DIAN
2025-08-26 / 10:46:22 PM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

980. Pago total $: 0

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

91900339069158

20250559252086

PROHIBIDO

Bogotá, Diciembre / 26 de 2025

Señor (a): CARLOS FERNANDO REINOSO HERNANDEZ
CC. 1026253221
CL 33B 4A 46
GRANADA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Marzo / 1 de 2025, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CARLOS FERNANDO REINOSO HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.253.221**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
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: 29900 Fecha: 2025-12-26 08:32:36

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 CIIU: SECTOR: -

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

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: CARLOS FERNANDO APELLIDOS: REINOSO HERNANDEZ

IDENTIFICACIÓN: 1023253221 FECHA DE NACIMIENTO: 28 de Junio de 1986 EDAD: 39

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: PROFESIONAL CARGO: INSTRUCTOR

ARL: POSITIVA EPS: SALUD TOTAL S.A. AFP: Porvenir

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Crc Ocupacional, Crc Test Psicologia, Anexo Conductores, Anexo Osteomuscular, Perfil Lipidico, Optometria, Crc Test De Audicion, Espirometria, Crc Test Motricidad, Audiometria, Crc Test De Vision, Crc Certificacion, Examen Medico Ocupacional

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

AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA

Aptitud para conducir: Apto con Restricciones

RECOMENDACIONES

1. Consulte con su médico tratante la remisión a Cardiología para intensificar las medidas de estilo de vida y manejo.

Programa de Protección Auditiva

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

Programa de Protección Respiratoria

1) Espirometria Anual 2) Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

Recomendaciones de Protección Visual

1) Control Optometria en 1 año 2) Corrección Óptica con anteojos 3) Corrección Óptica con lentes de contacto 4) Uso de corrección optica permanente.







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

Paciente: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO
Identificación: 1023253221

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO		Identificación: 1023253221	
Género: MASCULINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 28 de Junio de 1986	Edad: 39
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 29900	Fecha: 2025-12-26
EPS: SALUD TOTAL S.A.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

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

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

Observaciones: 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: 15	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	20/100	0.75	20/20-	0.50	-0.75-2.50*0	-
Ojo Izquierdo	20/100	0.75	20/20-	0.50	-1.00-2.75*0	-

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	-1.00	-2.50	0	-	-	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	-1.00	-2.75	0	-	-	-	-	-	-
Adición de Lente	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

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

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

RECOMENDACIONES

Control Optometria en 1 año	Corrección Óptica con anteojos
Corrección Óptica con lentes de contacto	Uso de corrección optica permanente.

OBSERVACIONES

apto uso de rx permanente

Stephany Castaño Palacios
Optometra
TP. 1018488118
Reg. 1289

Atendido por: CASTAÑO PALACIOS STEPHANY
Reg.: 1018488118

Paciente: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO
Identificación: 1023253221

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

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO		Identificación: 1023253221	
Género: MASCULINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 28 de Junio de 1986	Edad: 39
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 29900	Fecha: 2025-12-26
EPS: SALUD TOTAL S.A.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

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

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO

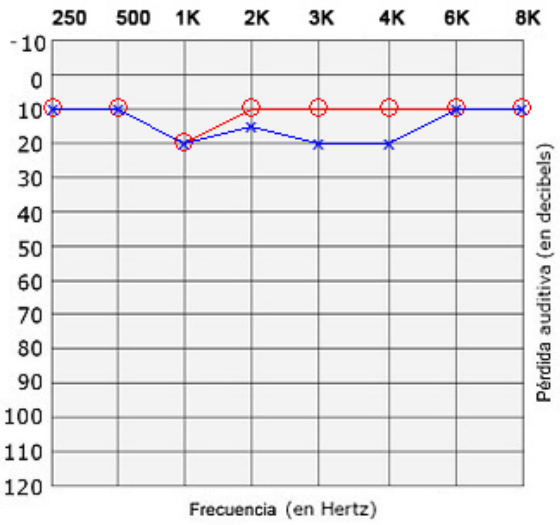
Tejo	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Poligono	No	Dispositivos de audio	Si
Otro	No		

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	20	10	10	10	10	10
Oido Izquierdo Via Áerea	10	10	20	15	20	20	10	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
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL

LUZ AILIN GUERRA FERREIRA
CC: 1053005488
Fonoaudióloga

Atendido por: GUERRA FERREIRA LUZ AILIN
Reg.: 1053005488

Paciente: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO
Identificación: 1023253221

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

EXAMENES DE LABORATORIO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO | Identificación: 1023253221

Género: MASCULINO | RH: O+ | Fecha de Nacimiento: 28 de Junio de 1986 | Edad: 39

Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL | EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO | Orden: 29900 | Fecha: 2025-12-26

EPS: SALUD TOTAL S.A. | ARL: POSITIVA | AFP: Porvenir

EMPRESA

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

ENTIDAD EN MISION

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

Fecha Muestras

2025-12-26 07:36:23

PERFIL LIPIDICO

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
COLESTEROL TOTAL	278	mg/dl	Hasta 200
COLESTEROL HDL	54.9	mg/dl	35/55
COLESTEROL LDL	197.3	mg/dl	Hasta 150
COLESTEROL VLDL	25.8	mg/dl	10-30
TRIGLICERIDOS	129	mg/dl	Hasta 170

Observaciones: RESULTADO CONFIRMADO. CORRELACIONAR CON LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

María F. Duarte Sajonero
Bacterióloga y Laboratorista Clínico
Universidad de Santander
R.P. 1005188827



Atendido por: DUARTE SAJONERO MARIA FERNANDA
Reg.:

Paciente: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO
Identificación: 1023253221

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-04-FI
VERSIÓN	01
FECHA	14-FEB-2012
Pág 1 de 1	

Espirometria

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE



Nombre: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO		Identificación: 1023253221	
Género: MASCULINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 28 de Junio de 1986	Edad: 39
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 29900	Fecha: 2025-12-26
EPS: SALUD TOTAL S.A.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES EN CARGO ACTUAL O ANTERIORES

Polvo	No	Humos	No	Vapores	No	Neblinas	No	Gases	No	Tiempo en exposición	
Uso de elementos de protección personal:		No	Elementos Utilizados:								

HÁBITOS PERSONALES

¿Fuma Cigarrillo, Tabaco o Pipa?	No	Hace cuanto tiempo:		¿Es Exfumador?	No	Año en que dejo de fumar:	
¿Practica algún deporte?	Si	¿Cual deporte?	CAMINATA	¿Con que frecuencia?	3 VECES A LA SEMANA		

SINTOMATOLOGÍA Y ANTECEDENTES

Dificultad al respirar	No	Con el esfuerzo fisico	No	Dolor al respirar	No	¿Donde?	
Tos frecuente	No	Con esputo	No	Alergia Respiratoria	No	¿A que?	
Enfermedad Cardiaca	No	¿Cual?		Asma	No	¿Edad Ultima Crisis?	
Cirugía de Torax	No	¿Cual?		Otra Enfermedad Respiratoria	No	¿Cual?	
Le han Practicado Espirometrias?	No	Resultado anterior	-				

RESULTADO

Patron Funcional	Normal

DIAGNOSTICO

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Espirometria Anual	Uso de elementos de protección respiratoria adecuados para la exposición.

OBSERVACIONES

PATRÓN FUNCIONAL NORMAL Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.

LUZ AILIN GUERRA FERREIRA
CC: 1053005488
Fonoaudióloga

Atendido por: GUERRA FERREIRA LUZ AILIN
Reg.: 1053005488

Paciente: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO
Identificación: 1023253221

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S. Nit: 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa Telefono(s): 6828888 - 3134117421 - 3123209605
Res. MinTransporte:
Registro IPS: RESOLUCIÓN 220000071712 FECHA 2014/02/10 de 3008-100000

Exámen Psicomotriz Coordinación

N° 29900	RUNT	2025-12-26	Apto





Identificación: 1023253221
Nombre: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO
Sexo: M
Fecha Nacimiento: 28 de Junio de 1986 Edad: 39
Dirección: CENTRO
Escolaridad: PROFESIONAL
Ocupación: INSTRUCTOR
Teléfono(s): 3228854411
Ciudad: GRANADA
Tramite: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO
Empresa: 01 PARTICULARES

PRUEBA	PREGUNTA	RESPUESTA	PACIENTE
Test Resistencia a la Monotonia	Tiempo medio de reaccion de respuesta (ms)	Menor ó Igual 880	682
Test Resistencia a la Monotonia	Numero de Errores	Menor ó Igual 5	1
Test Resistencia a la Monotonia	Tiempo medio de reaccion al acierto(ms)	Menor ó Igual 880	682
Test Reacciones Multiples	Tiempo medio de reaccion de respuesta (ms)	Menor ó Igual 1430	975
Test Reacciones Multiples	Numero de Errores	Menor ó Igual 8	0
Test Reacciones Multiples	Tiempo medio de reaccion al acierto(ms)	Menor ó Igual 1430	975
Test Reaccion Frenado	Tiempo medio de reaccion (ms)	Menor ó Igual 660	584
Test Coordinación Bimanual	Tiempo total de Error (ms)	Menor ó Igual 46000	91
Test Coordinación Bimanual	Numero de Errores	Menor ó Igual 14	1
Test Coordinación Bimanual	Desviación Media de Distancia (Pixeles)	Menor ó Igual 1860	401

OBSERVACIONES: No se evidencian alteraciones de motricidad.
No se observan alteraciones en campos de atención, percepción, concentración y memoria.
Sin restricción según resolución 217 de 2014.

Angie Alexandra Gonzalez G.
Psicóloga
T.P. 234598

Firma profesional
ANGIE ALEXANDRA GONZALEZ GOMEZ

Persona certificada
REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO

Este certificado tiene Vigencia de 60 días según lo establecido en la resolución 0217 del 31 de enero de 2014 y sus anexos a partir de su fecha de expedición.
Si usted tiene alguna queja o petición sobre el servicio prestado por favor informarlo al área de recepción.

PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S. Nit: 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa Telefono(s): 6828888 - 3134117421 - 3123209605
Res. MinTransporte:
RESOLUCIÓN 220000071712 FECHA 2014/02/10 de 3008-100000

Exámen Psicomotriz Capacidad Mental

N° 29900	RUNT	2025-12-26	Apto





Identificación: 1023253221
Nombre: REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO
Sexo: M
Fecha Nacimiento: 28 de Junio de 1986 Edad: 39
Dirección: CENTRO
Escolaridad: PROFESIONAL
Ocupación: INSTRUCTOR
Teléfono(s): 3228854411
Ciudad: GRANADA
Tramite: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO
Empresa: 01 PARTICULARES

PRUEBA	PREGUNTA	RESPUESTA	PACIENTE
Test de Psicologia Tepsicon	Test de Personalidad	Mayor o Igual 19	26
Test de Psicologia Tepsicon	Test de Sustancias	Mayor o Igual 15	20
Test de Psicologia Tepsicon	Test de Inteligencia	Mayor o Igual 70-88	97-125

OBSERVACIONES: No se evidencia alteraciones de personalidad en el evaluado.
No se evidencia dependencia o abuso de alcohol, sustancias psicoactivas u otros medicamentos.
El resultado de coeficiente intelectual esta sobre la media.
Sin restricción según resolución 217 de 2014.

Angie Alexandra Gonzalez G.
Psicóloga
T.P. 234598

Firma profesional
ANGIE ALEXANDRA GONZALEZ GOMEZ

Persona certificada
REINOSO HERNANDEZ CARLOS FERNANDO

Este certificado tiene Vigencia de 60 días según lo establecido en la resolución 0217 del 31 de enero de 2014 y sus anexos a partir de su fecha de expedición.
Si usted tiene alguna queja o petición sobre el servicio prestado por favor informarlo al área de recepción.

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: 27/01/2025 **No. 25180110000497**

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
1026253221	2	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario: **SOLINET LTDA**

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
04/04/2019	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	1026253221	CARLOS FERNANDO REINOSO HERNANDEZ

UBICACIÓN

13. Dirección Principal: **CRA 24 N 63C 28 OFICINA 302**

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
SOLINET@SOLINET.COM.CO	5400468	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	8523	404390	01/01/2018
Actividad Secundaría	0	407110	01/01/2018
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

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

Se expide el **27 de enero del 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

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

Proyectó: HDRODRIGUEZ