CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA contratista identificado con **C.C. No. 1112786441,** cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3- 2026-000011 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaria General.

CIIU	AREA DEL CONTRATISTA	LABOR	EXAMANES PREEMPLEO	ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL	VACUNACION HEPATITIS B
8559	INSTRUCTOR	MISIONAL FORMACIÓN	Visiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	NO

Documentos solicitados por el contratante acatando los lineamientos "Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general". El soporte correspondiente deberá ser aportado junto con la facturación inicial, en observancia de lo dispuesto en el artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015, como requisito para la verificación de las condiciones de aptitud para la ejecución del contrato.

La presente certificación se expide en la ciudad de Cali, el **10 de Febrero de 2026**, con vigencia hasta el **31 De Diciembre del 2028**

Cordial saludo



Diana Milena Rodriguez Peña
Medico Laboral- Especialista en Salud ocupacional
Contratista Regional Valle del Cauca
Cali.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo Evaluación: Pre-Ingreso

Conceptos Especiales: Osteomuscular



Realizado en				Fecha Emisión	Orden Servicio
CARTAGO (Valle del Cauca)				2026-01-14	1541609
Nombres y Apellidos				**Identificación**	**Sexo Biológico**
CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA				CC 1112786441	Masculino
Fecha Nacimiento	**Edad**	**Tipo Sangre - Rh ***	**Dirección Residencia**		**Teléfonos**
1996-01-10	30 años	O-	RINCON DE LA LOMA CRA 19 C # 14-33		3137159513

EPS	ARL	AFP
SOS	Sura	Porvenir

Valoración realizada para el cargo	Empresa	Empresa Usuaria
INSTRUCTOR	Persona Natural	Persona Natural

Actividad Económica
0081 - Personas Naturales sin Actividad Económica

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

El siguiente concepto se emite conforme a la Resolución 1843 de 2025, de acuerdo con el perfil del cargo definido por la empresa y según los hallazgos de la Evaluación Médica Ocupacional realizada al usuario el 2026-01-14. Para emitir el concepto se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Consulta Por Primera Vez Por Foniatria y Fonoaudiologia (Prueba de Voz) (2026-01-14)
- Optometría Ocupacional (2026-01-14)
- Audiometría Tamiz (2026-01-14)
- Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2026-01-14)
- Perfil Lipídico (2026-01-14)

CONCEPTO MÉDICO

- **Pre-Ingreso:** Apto para el cargo
- **Osteomuscular:** Sin hallazgos clínicos de patología osteomuscular aparente.

OBSERVACIONES GENERALES PARA EL TRABAJADOR

- Se remite al trabajador para valoración de: Medicina General, Optometría, Otorrinolaringología.
- Otras Recomendaciones: SE REALIZA EXAMEN MEDICO-LABORAL CON ENFASIS MUSCULO-ESQUELETICO, CARDIOVASCULAR, PSICOSOCIAL Y NEUROPSICOLOGICO. Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo, Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa, Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados, Cuidar y mantener una adecuada Higiene Postural, Participar los programas de pausas activas y seguridad laboral, definidos por la empresa. Mantener canales de comunicación adecuados y de respeto, con sus superiores jerárquicos, con los compañeros de trabajo y personal que tenga a su cargo.

OBSERVACIONES GENERALES PARA LA EMPRESA

- **Control Médico en** 12 meses.
- Otras Observaciones para la empresa: SE REALIZA EXAMEN MEDICO-LABORAL CON ENFASIS MUSCULO-ESQUELETICO, CARDIOVASCULAR, PSICOSOCIAL Y NEUROPSICOLOGICO. SE REALIZO EXAMEN FISICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, NO ENCONTRANDO HALLAZGOS QUE IMPIDAN SU LABOR, SE DA RECOMENDACION DE USAR CONTINUAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CON ESTIRAMIENTO DE COLUMNA Y EXTREMIDADES. REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE O INCIDENTE, QUE SE PRESENTE DURANTE SUS ACTIVIDADES LABORALES, CAPACITARSE EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS, PROTECCION AUDITIVA Y OCULAR, CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUAL, SE EDUCA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. ACTIVIDAD FISICA REGULAR, NO CONSUMO DE CIGARRILLOS, ALUCINOGENOS NI LICOR. ACATAR Y RESPETAR LAS NORMAS DE LA EMPRESA Y CUIDAR LOS ELEMENTOS QUE LE ASIGNEN PARA EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES. La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la resolución 1843 del 2025 expedida por el ministerio del trabajo y la resolución 1918 de 2009 expedida por el ministerio de la protección social.

Expedido por

JOSE HUGO BEDOYA LOPEZ
CC. 10266721
Registro No: 280-94, LSST: 114 de enero 7 de 2023

Recibido por

CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA
CC. 1112786441

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/qm6ryk47-5n43-0sl3-e71t-waq9x02jzev3
Fecha Impresión: 2026-01-14 16:44:37 552268

Documento generado por SIMEON IPS v5.0128 : Software para Seguridad y Salud Laboral www.simeon.com.co

SERVI LABS
Oportunos para tu salud

01035298

Página : 1 De : 1
Solicitud : 01035298
Identificación : CC 1112788441
Fecha Recepción : 2026-01-14 10:34:20
Fecha Impresión : 2026-01-14 16:10:38.
Edad/Sexo : 30 A / MASCULINO
Fecha Nacimiento : 10/01/1996

Paciente : CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA
Convenio : SERMEDIC
Medico/Area : NO DEFINIDO / CONSULTA EXTERNA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
INMUNOQUIMICA			
GLUCOSA	**75**	mg/dl	70 - 105
Mètodo: Glucose Oxidase			
Fecha / Hora Validado : 2026-01-14 / 15:23			
PERFIL LIPIDICO: COL-TRI-HDL			
Triglicéridos	**307**	mg/dl	Menor de 150
Colesterol Total	**292**	mg/dl	Menor de 200
Colesterol HDL	**50.8**	mg/dl	-
			Factor principal de riesgo de enfermedades cardiovasculares: 40
			Factor negativo de riesgo de enfermedades cardiovasculares: 60
Indice arterial:	**5.75**		0 - 4.0
Colesterol VLDL	**61.40**	mg/dl	Menor de 30
Colesterol LDL	**179.80**	mg/dl	Menor de 100
Fecha / Hora Validado : 2026-01-14 / 15:23			

LILIANA MARCELA PAZ FLOID
BACTERIOLOGA
T.P: 38866632

*** La interpretación del resultado de sus examenes corresponde exclusivamente al médico***

SERMEDIC SERVICIOS ESPECIALIZADOS SAS
NIT : 901298404-1
LSST 2164 18-10-2019, Habilitación DHSS0429898

Cra 1 # 15-36, Cartago - Valle del Cauca
Teléfono : 304 242 9495
serviciosespecializadosst@gmail.com
www.sermedic.com.co

HC No. 1112786441 Orden Servicio No. 1541609

AUDIOMETRÍA TAMIZ

Orden Servicio No.	**1541609**	**Fecha de Examen**	2026-01-14 07:46:37	**Realizado en**	CARTAGO (Valle del Cauca)
Modalidad	Modalidad Intramural			**Entorno de la atención**	Laboral
Tipo de Examen	Pre-Ingreso, Osteomuscular				
Empresa Convenio	Persona Natural			**Empresa Usuaria**	Persona Natural
Actividad Económica	- No Aplica				

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA			**No. Identificación**	CC 1112786441
Sexo Biológico	Masculino	**Identidad de Género**	Masculino		
Grupo Étnico	Ninguna de las anteriores				
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1996-01-10	**Edad**	30 años
Estado Civil	Unión Libre	**Composición Familiar**	3 personas		
Nivel Educativo	Profesional	**Ocupación**	Contadores		
Ciudad	CARTAGO (Valle del Cauca)				
Dirección Residencia	RINCON DE LA LOMA CRA 19 C # 14-33			**Estrato**	3
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3137159513	**Correo Electrónico**			
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapacidad?**	No Aplica		
EPS	SOS	**ARL**	Sura	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INSTRUCTOR	**Área de Trabajo**	INSTRUCTOR-
Descripción Cargo	INSTRUCTOR		
Turno de Trabajo	Desconoce	**Rango Salarial**	Desconoce
Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar	Desconoce		
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No	**Uso de Elementos de Protección Auditiva**	No

ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

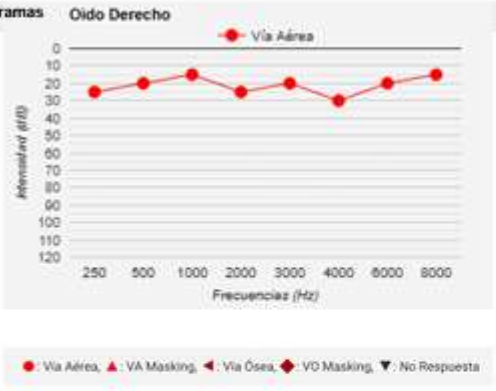
ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**Hipertensión Arterial**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Parálisis Facial**	Negativo
	Rinitis	Negativo	**Rubeola**	Negativo	**Sarampion**	Negativo
	Paperas	Negativo	**Trauma Craneo Encefálico**	Negativo	**Otro**	Negativo
Otológicos	**Otitis Repetitiva**	Negativo	**Hipoacusia**	Negativo	**Tinnitus**	Negativo
	Cirugia Oido	Negativo	**Prurito**	Negativo	**Ototóxicos**	Negativo
	Problemas de Equilibrio	Negativo				
Ruido Extralaboral	**Servicio Militar**	Negativo	**Auriculares**	Negativo	**Motociclismo**	Positivo
	Tejo	Negativo	**Uso armas de fuego**	Negativo		
Observaciones	NO REFIERE					

EXAMEN AUDIOMETRÍA

Fecha Última Audiometría		**Resultado**			
Reposo auditivo para la prueba actual	Si	**Tiempo del reposo auditivo**	0 Horas	**Tiempo de Exposición a Ruido**	0 Horas
Uso de cabina	Si	**Equipo para la prueba actual**	MAICO	**Fecha Última Calibración**	2025-05-07
Otoscopia	**Oido Derecho**	Normal			
	Oido Izquierdo	Normal			
Marcar audiometria actual como Audiometria Base?	Si				

Audiogramas





Resumen de Frecuencias Audiometria Actual	Intensidad	Frecuencias (Hz)								Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)
		250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	
	Oido Derecho - Via Aérea	25	20	15	25	20	30	20	15	20dB
	Oido Izquierdo - Via Aérea	45	30	20	40	35	45	40	20	31.3dB

M: Masking, **NR**: No Respuesta

DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE	Z011 - Examen de oidos y de la audicion		
Tipo	Impresión Diagnóstica	**Origen**	No Aplica - No Aplica

Oido Derecho	Según GATISST, Audición Normal.
Oido Izquierdo	Según GATISST, Hipoacusia no especificada. DE GRADO LEVE
Interpretación Audiometria	Anormal descenso frecuencial unilateral
Comparación con audiometria de base	No se realiza comparación

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Incluir en sistema de conservación auditiva, Control auditivo según programa de conservación auditiva
Observaciones	CONTROL ANUAL

Alejandro Montoya

Firma Especialista

Dr. ALEJANDRO MONTOYA FLOREZ
CC. 1112781682
Registro No: 1112781682

Firma del Usuario

CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA
CC. 1112786441

EVALUACION DE VOZ

FECHA DE EVALUACION: 14-01/26. NOMBRE CAMILO HOYAO.

1.COMPORTAMIENTO VOCAL

1.1 características acústico perceptuales.

- **Intensidad:** voz confidencial _____ voz conversacional_____
  voz proyectada ___b___voz de llamado _____
- **Tono:** normal_X___ agravado _____
  . . **Mecanismo de aproximación de las cuerdas vocales**
  Timbre: timbre ronco _____ timbre cascado_____ timbre crepitante ___ timbre gangoso_____ amortiguación y retención de la mecánica vocal_____
  Timbre sofocado, opaco, mate ___ timbre sordo ____ timbre velado ___
  Nasalización: hipo nasal ____ hipernasal _____ No Presenta

1.2 habilidad fonatoria

- Tiempo máximo de fonación (TMF)

A	I	U	Promedio de segundo	normal	ruptura	temblor	espasmo
7,36.	8,87.	9,47.	8,54	Y			

- **Eficiencia de cierre glótico:** (EG) TMF/ tiempo esperado
  TMF 8,54 seg. / 12 tiempo esperado = 0,7 (normal 0,7-1,0)
- **Efecto káiser:** (variaciones en la intensidad de la voz)
  las produce_____ no las produce_Y_____
- **Modalidad de la nota o el sonido:** (con emisión sostenida de una vocal)
  ataque: normal_Y_ débil_____ fuerte _____
  cuerpo: normal_Y_ acortado _____ trémulo ____ bitonal ___ irregular____
  filatura: normal_Y_ trunca_____ apagada _____ irregular_____

1.3 Otras funciones laríngeas

- **Tos:** normal_Y_ débil_____ insonora_____ fuerte_____ ineficaz_____
- **Risa:** normal_Y_ débil _____insonora_____ fuerte_____ ineficaz ____
- **Carraspeo:** ocasional ____ frecuente _____ imposible ____ ausente_Y_
- **Esfínter:** posible_____ imposible_Y_____

2.COMPORTAMIENTO FONATORIO

2.1 respiratorio

- **Función nasal:** prueba de glatzer: simetría_____ permeable____ obstrucción: derecha _____ izquierda_____ leve___ moderado___ severa ____
- **Rossenthal:** narina derecha 21 min. Narina izquierda 16 min. Sensación: ____ normal ___ahogo____ cansancio ____
- **Modo respiratorio:** en reposo: nasal____ oral____ mixto con predominio oral____ mixto con predominio nasal ____ en fonación: mixto con predominio oral_____ mixto con predominio nasal____
- **Tipo respiratorio,** en reposo: costal superior __costal medio____ diafragmático____ tipo respiratorio en fonación: costal superior __ costal medio __ diafragmático____
- **Frecuencia respiratoria:** (# de respiraciones en un minuto) valor 12 resp/min.
- **Cociente fonatorio:** s 7,37 seg. /z 62 seg. = 11 (normal =1)
- **Coordinación fono-respiratoria:** normal____ alterado_____
- **Incoordinación:** leve_____ severa_____ moderada_____

2.2 Resonatorio

- **Resonancia:** pectoral ___faríngea ____oral ____nasal ___facial ___ de cabeza ___
- **Esquema corporal vocal de sensaciones referidas:** pectoral __cabeza ___ faringe ___ oral ___nasal ___ facial ___ refiere otras _____
- **Prueba de glatzer con vocales:** nasaliza en vocales A_____ E_____ I_____ O_____U_____

2.3 Articulatorio: Estructura OFA

ORGANO	ANATOMIA	MOVILIDAD	TONO	SENSIBILIDAD
Labios				
Lengua				
Mejillas				
Velo del paladar				

- **Paladar óseo:** Normal ___ ojival___ ancho___ fisurado___ otro___
- **Mordida:** Normal ___ alterado ___ over jet ___ over bite___
- **Clasificación:** _____
- **Características del habla:**

Prosodia: expresiva X inexpresiva _____
ritmo de habla: normal X lento _____ rápido _____
fluidez: normal X alterado _____
dicción: correcta X alterada ___ por _____

2.4 Actitud corporal

- **Postura:** verticalidad X simetría facial ___balance ___ cintura escapular _____
- **Tensión muscular en:** Hombros ___cuello X mandíbula ___facial ___ pert laríngea___
- **Movimiento de bascula:** Normal X fijación supra glótica ____ infra glótica ____
- **Modificación de la voz con la manipulación:** si _____ no X
- **Expresión corporal movimientos asociados:** Fáciales X Corporales _____

2.5 Oído musical: Receptivo _____ Expresivo _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Prueba de Condición Perceptiva normal

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Nombre del paciente

ALEJANDRO MONTOYA
TP112781682

SERMEDIC SERVICIOS ESPECIALIZADOS SAS
NIT : 901298404-1
LSST 2164 18-10-2019, Habilitación DHSS0429898

Cra 1 # 15-36, Cartago - Valle del Cauca
Teléfono : 304 242 9495
serviciosespecializadosst@gmail.com
www.sermedic.com.co

HC No. 1112786441 Orden Servicio No. 1541609

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Orden Servicio No.	**1541609**	**Fecha de Examen**	2026-01-14 07:56:15	**Realizado en**	CARTAGO (Valle del Cauca)
Modalidad	Modalidad Intramural			**Entorno de la atención**	Laboral
Tipo de Examen	Pre-Ingreso, Osteomuscular				
Empresa Convenio	Persona Natural			**Empresa Usuaria**	Persona Natural
Actividad Económica	- No Aplica				

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA			**No. Identificación**	CC 1112786441
Sexo Biológico	Masculino	**Identidad de Género**	Masculino		
Grupo Étnico	Ninguna de las anteriores				
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1996-01-10	**Edad**	30 años
Estado Civil	Unión Libre	**Composición Familiar**	3 personas		
Nivel Educativo	Profesional	**Ocupación**	Contadores		
Ciudad	CARTAGO (Valle del Cauca)				
Dirección Residencia	RINCON DE LA LOMA CRA 19 C # 14-33			**Estrato**	3
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3137159513	**Correo Electrónico**			
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapacidad?**	No Aplica		



EPS	SOS	**ARL**	Sura	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				

INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	INSTRUCTOR	**Área de Trabajo**	INSTRUCTOR-
Descripción Cargo	INSTRUCTOR		
Turno de Trabajo	Desconoce	**Rango Salarial**	Desconoce
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar	Suministrados por el trabajador		
Exposición a Factores Riesgo Visual	Si: Pantalla Computador, Alta Exigencia Visual, Radiaciones	**Uso de Elementos de Protección Visual**	No

ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Visual	Uso Elementos Protección Visual

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión Arterial	Positivo.	**Diabetes**	Negativo.
Triglicéridos	Negativo.	**Tiroides**	Negativo.
Artritis	Negativo.	**Otros**	Negativo.
Observaciones			

ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**HTA**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Triglicéridos**	Negativo
	Tiroides	Negativo	**Artritis**	Negativo	**Otro**	Negativo
Oculares	**Glaucoma**	Negativo	**Pterigio**	Negativo	**Chalazion**	Negativo
	Catarata	Negativo	**Ciguria Refractiva**	Negativo		
Observaciones						

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Mala Visión Lejana	No	**Mala Visión Próxima**	No	**Lagrimeo**	No	**Cansancio Visual**	No
Ardor	No	**Cefaléa**	No	**Prurito**	Si	**Secreación**	No
Hiperemia	No	**Fotofobia**	No	**Desviación Ocular**	No	**Resequedad**	Si
Observaciones							

SERMEDIC SERVICIOS ESPECIALIZADOS SAS
NIT : 901298404-1
LSST 2164 18-10-2019, Habilitación DHSS0429898

Cra 1 # 15-36, Cartago - Valle del Cauca
Teléfono : 304 242 9495
serviciosespecializadosst@gmail.com
www.sermedic.com.co

HC No. 1112786441 Orden Servicio No. 1541609

EXAMEN OPTOMÉTRICO

Corrección Habitual	**Fecha Último Control Visual**	Menos de 6 meses			**Usa lentes con fórmula**	No	
	Tipo de Lentes				**Frecuencia de Uso**		
	Lensometría - Ojo Derecho				**Lensometría - Ojo Izquierdo**		
Agudeza Visual	**Visión Lejana**	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	20/40	**Ojo Izquierdo**	20/40	
		Con corrección	**Ojo Derecho**		**Ojo Izquierdo**		
	Visión Próxima	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	0.50 M	**Ojo Izquierdo**	0.50 M	
		Con corrección	**Ojo Derecho**		**Ojo Izquierdo**		
Estado Motor	**Visión Lejana**	Ortoforia					
	Visión Próxima	Exoforia					
	Punto Próximo de Convergencia	12 centimetros					
Examen Externo	**Ojo Derecho**	NORMAL					
	Ojo Izquierdo	NORMAL					
Oftalmoscopia	**Ojo Derecho**	MEDIOS TRANSPARENTES					
	Ojo Izquierdo	MEDIOS TRANSPERENTES					
Retinoscopia	**Ojo Derecho**	+0.25=-0.50X0			**Ojo Izquierdo**	+0.25=-0.50X0	
Subjetivo con Fórmula Final	**Ojo Derecho**	N-0.75X0	**Visión Lejana**	20/20	**Visión Cercana**	0.50 M	
	Ojo Izquierdo	N-0.75X0	**Visión Lejana**	20/20	**Visión Cercana**	0.50 M	
Visión Cromática	Normal	TEST DE ISHIHARA					
Visión Profundidad	Normal	TITMUS 30\"ARCO					
Visión Periférica	Normal						

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE	H520 - Hipermetropia		
Tipo	Confirmado Repetido	**Origen**	No Aplica - No Aplica

No.	Ojo	Descripción
1	Derecho	ASTIGMATISMO
2	Izquierdo	ASTIGMATISMO

Interpretación Optometría	Normal

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Uso de fórmula de lentes, Uso de protección visual adecuada al riesgo
Observaciones	USAR PROTECCIÓN VISUAL FRENTE A RADIACIÓN U V, BRILLOS USAR CORRECCIÓN ÓPTICA

Martha Soto G. TP 0096

Firma Especialista

MARTHA INES SOTO GOMEZ
CC. 35519592
Registro No: TP 0096 RSV 20632

Firma del Usuario

CAMILO ANDRES HENAO BEDOYA
CC. 1112786441