Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Increase Contrast

UTC -5 11:34:26
Carolina Coca Sal...

Leads Manager | Sales Manager | Options | I Want To ... | Search...

Work Area → **Profile Settings**

- User Data
- Platform Notifications History
- My Memberships
- User Accesses
- Terms Of Use

Edit

User Information



Job Title	
Title	Mrs.
Name	Carolina
Surname	Coca Salazar
Birth Date	6/09/1985 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Educational Level	Postgraduate
Gender	Female
Do you have any incapacities?	○ Yes ○ No
Display Name	Carolina Coca Salazar
Identification Document	Citizenship Identification
Identification Number	43222350
Address	Calle 30 A No 77-73 apto 301
Zip-Code	050030
Social Stratum	4
Province	Medellín

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
COCA	SALAZAR	CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 43222350	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 09 AÑO 1985	CALLE 30A 77 73 301 Belen Miravalle			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	MEDELLÍN		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	5902595	EMAIL	carolinacocasalazar@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° (X)	MES	11	AÑO	2002

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	MAESTRIA EN EDUCACION	08	2020	
PREGRADO	10	X		LICENCIATURA EN EDUCACION BASICA CON ENFASIS EN CIENCIAS NATURALES Y EDUCACION AMBIENTAL	12	2011	

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	

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION HONTANARES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ENVIGADO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3861777	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	04	*Año*	2018	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL LIDER DE CONSCIENCIA PEDAGOGIC	*DEPENDENCIA* ADAMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 29 3 ? 171 Loma El Escobero Km.10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* CENTRO DE DISEÑO Y METROLOGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 52 13 65						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SISTEMAS Y FORMACION			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	02	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DISEÑADORA VISUAL					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3547140	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* BIENES Y SERVICIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 63A 32D 31						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PREUNIVERSITARIO DE ANTIOQUIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4484951	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	02	*Año* 2013	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y COORDINACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 50D 64 58 . Medellín						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION INTERUNIVERSITARIA DE SERVICIOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* MEDELLÍN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3547140	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2007	*Día*	08	*Mes*	02	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE VINCULACION	*DEPENDENCIA* ADMI-ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 63A 32D 31						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	3	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	13	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	1
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 Medellín, 06 de mayo de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **43.222.350**

COCA SALAZAR
APELLIDOS

CAROLINA
NOMBRES

Carolina Coca
FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-SEP-1985**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-ENE-2004 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-0100100-14126155-F-0043222350-20040730 **00543** 04212B 03 163816295

Escaneado con CamScanner

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	2026-05-06 13:02

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CAROLINA		COCA	SALAZAR

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	43222350

Lugar de nacimiento

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

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN

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	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	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	$38.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$38.000.000,00

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	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	ANTIOQUIA	MEDELLÍN	$20.000.000,00

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 [ ] 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:

CAROLINA COCA SALAZAR

Función Pública | Aplicativo por la Integridad pública — Declaro Publico Controlo

Inicio | Declaración de Ley 2013 de 2019 | Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) | Opciones de usuario

Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019

Recuerde verificar también si, según el **Decreto 830 de 2021**, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en **Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)** en el menú superior del aplicativo.

Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	3748776-01 Declaración inicial	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	CONTRATISTA	INGRESO	2026-05-06 11:50	2026-05-06 13:02	FINALIZADO
	1626950-01 Declaración inicial	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	CONTRATISTA	PERIÓDICO	2024-02-16 15:16	2024-02-16 15:42	FINALIZADO
	1070166-01 Declaración inicial	SERVICIO NACIONAL DE	CONTRATISTA	INGRESO	2023-03-20 17:10	2023-03-20 17:44	FINALIZADO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141094848349

(415)7707212489984(8020) 000014109484834 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 2 2 2 3 5 0	2	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 3 2 2 2 3 5 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
COCA	SALAZAR	CAROLINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CL 27 75 11 P 1 BRR BELEN

42. Correo electrónico carolinacoccasalazar@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	5 8 4 9 0 3 5	3 0 0 8 0 9 7 6 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
0 0 1 0	2 0 1 5 0 9 1 4	8 5 4 4	2 0 1 5 0 9 0 1	8 2 9 9		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-08-04 / 11:54:53AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CAROLINA COCA SALAZAR** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **43222350** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 43222350
NOMBRES Y APELLIDOS	CAROLINA COCA SALAZAR
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/04/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **06/05/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **COCA SALAZAR CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **43.222.350** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de enero de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 06 de mayo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

Nombre de la Empresa		Empresa en Misión		
PARTICULAR MEDICINA				
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**	
111111111	NO APLICA	NO APLICA	Medellin	

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
COCA SALAZAR CAROLINA	CC 43222350	38 Años	F

Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Estado Civil
BOGOTA	ciudad	SOLTERO

Teléfono Fijo	Dirección	Celular
3022716978	CALLE 30 A 77 73 APTO 301	3022716978

Correo Electrónico	Grado de Escolaridad	Hemoclasificación
CAROLINACOCASALAZAR@GMAIL.COM	MAESTRIA	A +

IMC	Hijos	EPS
33.9	1	SURA EPS

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO CON REFUERZO	1° PFIZER 2° PFIZER	SINOVAC

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
DISENADORA INSTRUCCIONAL	2024-03-18	08:55:47	09:41:13	12:01:28

Lugar de realización examen	MEDELLIN-CENTRO MEDICINA

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado

PREINGRESO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL CARGO / SIN RESTRICCONES	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS CARDIOVASCULAR	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA
EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL: SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (HEMOGRAMA) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)) SE REALIZA
LABORATORIO CLINICO: (GLICEMIA) SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL)
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
Uso de corrección permanente
MEDICAS PERSONALES
Se informa asistir o continuar en controles por el medico Líder de su EPS de promoción y prevención de la salud con nutricionista entre otras especialidades que indica el programa para estudios complementarios por su índice de masa corporal, se le recomienda seguir indicaciones de su ultimo control, bajar de peso y continuar hábitos de alimentación, realizar ejercicio como informa el médico tratante
Énfasis respiratorio: Se realizó revisión del sistema Respiratorio mediante un interrogatorio a través del nexo epidemiológico y síntomas relacionados con Covid-19: Durante su evaluación médica ocupacional Se Evidencia factores de riesgo según indicaciones y lineamientos entregados por Minsalud que puedan desencadenar mayor susceptibilidad a la enfermedad por covid-19; en el momento NO se evidencia Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
NINGUNA
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.
Utilizar gafas u lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula de sus lentes
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS CARDIOVASCULAR
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACION AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** D, E
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	CARDIOVASCULAR	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NUTRICIONISTA OPTOMETRA	
ESTA EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

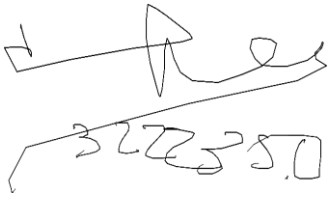
Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



PALENCIA TOVAR CHRISTIAN LUIGE
1143356106
RM: 1143356106 L.S.O. 204
Firma y sello del médico evaluador



CAROLINA COCA SALAZAR
Documento: 43222350
Firma del trabajador

SIN HUELLA

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2024-03-21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	CAROLINA COCA SALAZAR		
Identificación	CC	**Nro**	43222350
Fecha de Nacimiento	1985-09-06	**Edad**	38
Sexo	F	**Empresa**	PARTICULAR MEDICINA
Fecha cita	2024-03-18 09:16:54	**Sede**	MEDELLIN-CENTRO MEDICINA
Direccion	CARRERA 49 # 49-24		

PERFIL LIPIDICO (SUMATORIA DE LOS 4 COLESTEROLES)

TITULO	RESULTADO		
ASPECTO DEL SUERO	LIMPIO		

COLESTEROL_TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO COLESTEROL TOTAL	160	mg/dl	Deseable <200 Límite superior 201-239 Alto >240

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO TRIGLICERIDOS	130	mg/dl	Normal: < 150 Límite alto:151-199 Alto:200-499 Muy alto: > 500

LIPOPROTEINAS_DE_ALTA_DENSIDAD_HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL	49.2	mg/dl	Bajo: < a 40 Normal: 41-59 Deseable: >= a 60

LIPOPROTEINAS_DE_BAJA_DENSIDAD_LDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL	90	mg/dl	Optimo: < a 100 Cercano a lo optimo: 100-129 Límte superior :130-159 Alto: 160-189 Muy alto : >= 190

LIPOPROTEINAS_DE_MUY_BAJA_DENSIDAD_VLDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
LIPOPROTEINAS DE MUY BAJA DENSIDAD VLDL	35.6	mg/dl	Normal: 12-40

INDICE_ARTERIAL

TITULO	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
INDICE ARTERIAL	3.2	1.0---5.0

HEMOGRAMA

HEMOGRAMA

SERIE_LEUCOCITARIA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
WBC	10		
UNIDAD DE MEDIDA WBC	x10^3/uL		
VALOR DE REFERENCIA WBC	4.0 - 10.0		
LYM#	3.34		
UNIDAD DE MEDIDA LYM#	x10^3/uL		
VALOR DE REFERENCIA LYM#	0.6 - 4.1		
LYM%	33.4		
UNIDADES DE MEDIDA LYM%	%		
VALOR DE REFERENCIA LYM%	20.0 - 50.0		
MID#	0.63		
UNIDADES DE MEDIDA MID#	x10^3/uL		
VALOR DE REFERENCIA MID#	0.1 - 1.8		
MID%	6.3		
UNIDAD DE MEDIDA MID%	%		
VALOR DE REFERENCIA MID%	1.0 - 15.0		
GRA#	6.03		
UNIDAD DE MEDIDA GRA#	x10^3/uL		
VALOR DE REFERENCIA GRA#	2.0 - 7.8		
GRA%	60.3	%	40.0 - 70.00

SERIE_ERITROCITARIA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
HGB	14.1		

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión : 2024-03-21

HEMOGRAMA

UNIDAD DE MEDIDA HGB	g/dL		
VALOR DE REFERENCIA HGB	11.0 - 16.5		
HCT	45.2		
UNIDAD DE MEDIDA HCT	%		
VALOR DE REFERENCIA HCT	30.0 - 50.0		
MCH	29.3		
UNIDAD DE MEDIDA MCH	pg		
VALOR DE REFERENCIA MCH	32.0 - 36.0		
MCHC	31.1		
UNIDAD DE MEDIDA MCHC	g/dL		
VALOR DE REFERENCIA MCHC	32.0 - 36.0		
RDW-CV	14.5		
UNIDAD DE MEDIDA RDW-CV	%		
VALOR DE REFERENCIA RDW-CV	10 - 15		
RDW-SD	49.7		
UNIDAD DE MEDIDA RDW-SD	fL		
VALOR DE REFERENCIA RDW-SD	35 - 56		
RBC	4.81		
UNIDAD DE MEDIDA RBC	x10^6/ uL		
VALOR DE REFERENCIA RBC	3.8 - 5.8		
MCV	94.1	fL	80.0 - 99.0

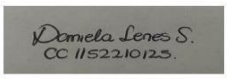
SERIE_PLAQUETARIA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLT	397		
UNIDAD DE MEDIDA PLT	x10^3/uL		
VALOR DE REFERENCIA PLT	100 - 400		
MPV	10.3		
UNIDAD DE MEDIDA MPV	fL		
VALOR DE REFERENCIA MPV	7.0 - 11.0		
PCT	0.408		
UNIDAD DE MEDIDA PCT	%		
VALOR DE REFERENCIA PCT	0.1 - 0.5		
PDW	11.2		
UNIDAD DE MEDIDA PDW	%		
VALOR DE REFERENCIA PDW	10.0 - 18.0		
P-LCR	28.8	%	13.0 - 43.00

GLICEMIA

GLUCOSA_EN_SUERO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN SUERO	90	mg/dl	70-110



BACTERIOLOGA
DANIELA LENES SALGADO
CC. 1152210125

DANIELA LENES SALGADO
1152210125
Firma y sello del médico evaluador

Fecha Atención : 2024-03-18
Fecha impresión : 2024-03-21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	CAROLINA COCA SALAZAR	**Identificación:**	CC: 43222350
Fecha de Nacimiento:	1985-09-06	**Edad:**	38
Género:	F	**RH:**	A +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	MAESTRIA
Estrato:	5	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CALLE 30 A 77 73 APTO 301	**Teléfono:**	3022716978
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	DISEÑADORA INSTRUCCIONAL
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN-CENTRO MEDICINA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS			

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**campoadicional1**	
campoadicional2		**CARGO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	SI	**OBSERVACIONES**	USUARIA DE GAFAS PERMANENTES , ULTIMO CONTROL VISUAL HACE 9 MESES

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES	NINGUNO		

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	LENTES OFTALMICOS (GAFAS)	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	ENTRE 6 MESES A 1 ANO
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI	**ADICION O.D.**	
ADICION O.I.			

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/70	**CON CORRECCION OD**	20/20
SIN CORRECCION OI	20/50	**CON CORRECCION OI**	20/20
SIN CORRECCION AO	20/50	**CON CORRECCION AO**	20/20

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	0.5M	**CON CORRECCION OD**	0.5M
SIN CORRECCION OI	0.5M	**CON CORRECCION OI**	0.5M
SIN CORRECCION AO	0.5M	**CON CORRECCION AO**	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES	SIN ALTERACIONES		

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES			

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 14/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	60 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES			

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	NORMAL	**COVER TEST CERCA**	NORMAL
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	ORTHOFORIA		

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
OBSERVACIONES			

REFRACCION

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	-1.75	**OJO IZQUIERDO**	-1.75
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20

SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO	-1.75	**OJO IZQUIERDO**	-1.50
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD		**ADD OI**	
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H521: Miopía	**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL**	DIAGNOSTICO CONFIRMADO NUEVO
DIAGNOSTICO 1		**TIPO DIAGNOSTICO 1**	
DIAGNOSTICO 2		**TIPO DIAGNOSTICO 2**	
DIAGNOSTICO 3		**TIPO DIAGNOSTICO 3**	
CONCEPTO	SE SUGIERE USO DE CORRECCION OPTICA		

OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA

CORRECCION OPTICA	SE SUGIERE CORRECCION OPTICA		

EVOLUCION

EVOLUCION			

RECOMENDACIONES

REMISION

OFTALMOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
CONTACTOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
ORTOPTICA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
NINGUNO	1		

GENERALES

USO DE CORRECCION OPTICA	1	**OBSERVACIONES**	PERMANENTE
LUBRICANTE OCULAR		**OBSERVACIONES**	
CONTROL ANUAL	1	**OBSERVACIONES**	
TRATAMIENTO OPTICO		**OBSERVACIONES**	
HIGIENE PALPEBRAL		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	
VALORACION COMPLEMENTARIA OPTOMETRIA	Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria ||Uso de corrección permanente	**TEST DE COLORES COMPLEMENTARIO**	

CONTROLES

MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

45749096

OPTOMETRA
CAROLINA ISABEL MARRIAGA ZAPATA
CC.45749096

CAROLINA ISABEL MARRIAGA ZAPATA
45749096
RM: 3204CTNP0 L.S.O. 3204CTNP0
Firma y sello del médico evaluador

SIN HUELLA

Documento:
Firma del trabajador

Fecha Atención : 2024-03-18
Fecha impresión : 2024-03-21

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	CAROLINA COCA SALAZAR	**Identificación:**	CC: 43222350
Fecha de Nacimiento:	1985-09-06	**Edad:**	38
Género:	F	**RH:**	A +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	MAESTRIA
Estrato:	5	**Ciudad:**	MEDELLIN
Dirección:	CALLE 30 A 77 73 APTO 301	**Teléfono:**	3022716978
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	DISEÑADORA INSTRUCCIONAL
Ciudad - Sede:	MEDELLIN	**Sede:**	MEDELLIN-CENTRO MEDICINA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

PRUEBA PSICOTECNICA - TEST PSICOLOGICO

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

CIUDAD DE ATENCIÓN			

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE		**EMPRESA USUARIA**	
CARGO		**PROFESION U OCUPACION**	
FECHA INGRESO			

RESULTADOS

Concepto	ADJUNTO INFORME DE LA PRUEBA APLICADA: TEST 16 PF

ADJUNTOS

OBSERVACIONES ADJUNTO 1		**OBSERVACIONES ADJUNTO 2**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 3		**OBSERVACIONES ADJUNTO 4**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 5		**OBSERVACIONES ADJUNTO 6**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 7		**OBSERVACIONES ADJUNTO 8**	
OBSERVACIONES ADJUNTO 9		**OBSERVACIONES ADJUNTO 10**	

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Catalina Jiménez Jaramillo
Psicóloga Asistencial
OMNISALUD S.A
TP: 154385

CATALINA JIMENEZ JARAMILLO
1152186822
RM: 1152186822
Firma y sello del médico evaluador

Documento:
Firma del trabajador

SIN HUELLA

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN.

PRUEBA APLICADA: 16PF

FECHA DE APLICACIÓN: 21 de Marzo de 2024

NOMBRE	**Carolina Coca Salazar**
EDAD	38 años
N° IDENTIFICACIÓN	43222350
RESPONSABLE	Catalina Jiménez Jaramillo
CARGO	Psicóloga

Los procesos de diagnóstico sobre seres humanos pueden tener una aproximación de desempeño probable en el futuro. Este informe se basa en hipótesis que se obtienen en los resultados de las pruebas psicotécnica aplicada, en donde se informan algunas características en la personalidad del candidato.

ÁREA INTELECTUAL.

El nivel de cognición y tipo de pensamiento de la candidata se ubica en un punto medio, es decir; pensamiento de tipo concreto y abstracto, tiene la capacidad de realizar aprendizajes y comprender la realidad organizacional, aunque esto suele tomarle su tiempo. Cuenta con herramientas a nivel cognitivo que le permite proponer estrategias de solución a dificultades organizacionales.

ÁREA EMOCIONAL.

En las pruebas, se observa que la aspirante es una persona estable emocionalmente, confiada, es decir; confía en el otro como un hecho natural, es dominante, soñadora, espontánea, controlada, Franca y natural. Estas características le permiten a Carolina resolver sus problemas de manera oportuna y tomar decisiones asertivas. Su nivel de tensión y ansiedad es bajo, mostrándose

serena en situaciones de estrés. En cuanto a la toma de decisiones, sus pensamientos y actuaciones están sustentadas desde la emoción, característica que podría limitar su objetividad en los momentos en los que es importante actuar basado en hechos y darle manejo a los sentimientos para que no interfieran en dichas actuaciones.

ÁREA SOCIAL Y LABORAL.

La aspirante muestra tendencia a la dependencia, tiende a establecer relaciones sociales, proyectando facilidad para adaptarse al entorno social y evitando los conflictos y las dificultades, orientada entre otros aspectos a factores relacionados con la necesidad de aprobación. Carolina suele preferir actividades donde no sea necesario el contacto con otros, posiblemente a su grado de introversión, aunque su integración con otros suele darse de forma lenta logra mantener los vínculos a través del tiempo.

Tiene características tradicionalistas, expone y defiende sus criterios para que estos sean tenidos en cuenta y habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales sólidas.

CONCLUSIONES Y PRONÓSTICO GENERAL.

Su nivel de inteligencia emocional y su nivel intelectual le permiten acatar y seguir instrucciones, procurando hacer las cosas según lo ordenado. Es comprometida con el acatamiento de las normas, respeta y procura darles cumplimiento. tiene la capacidad de establecer y mantener adecuadas relaciones interpersonales, además, es hábil para reconocer y respetar las normas y figuras de autoridad, cuenta con una estabilidad emocional adecuada y tiene la capacidad de trabajar en equipo.

GRADO DE DISTORSIÓN

La prueba 16PF mide el grado de distorsión en las respuestas del test en una escala de 1 a 15, siendo adecuado hasta el 7, iniciando la distorsión a partir de 8. En este caso Carolina obtuvo un valor de 11. Evidenciando un esfuerzo por mostrar una buena imagen frente a la prueba.

16PF

MANEJO DE LA IMAGEN:	11	Distorsionador	Generar Texto competencias
Carolina Coca Salazar		Edad: 37	21-mar-2023

	Decatipos		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
RESERVADO	A	6	■	■	■	■	■	■					ABIERTO
PENSAMIENTO CONCRETO	B	5	■	■	■	■	■						PENSAMIENTO ABSTRACTO
INESTABILIDAD EMOCIONAL	C	8	■	■	■	■	■	■	■	■			**ESTABILIDAD EMOCIONAL**
SUMISO	E	6	■	■	■	■	■	■					DOMINANTE
PRUDENTE	F	5	■	■	■	■	■						IMPULSIVO
DESPREOCUPADO	G	5	■	■	■	■	■						ESCRUPULOSO
TIMIDO	H	9	■	■	■	■	■	■	■	■	■		**ESPONTANEO**
RACIONAL	I	7	■	■	■	■	■	■	■				EMOCIONAL
CONFIADO	L	2	■	■									SUSPICAZ
PRACTICO	M	5	■	■	■	■	■						SOÑADOR
SENCILLO	N	5	■	■	■	■	■						ASTUTO
SEGURO	O	5	■	■	■	■	■						INSEGURO
TRADICIONALISTA	Q1	3	■	■	■								INNOVADOR
DEPENDIENTE DEL GRUPO	Q2	4	■	■	■	■							AUTOSUFICIENTE
DESINHIBIDO	Q3	7	■	■	■	■	■	■	■				CONTROLADO
TRANQUILO	Q4	4	■	■	■	■							TENSIONADO

Dimensiones globales												
BAJA ANSIEDAD	2,7	■	■									ALTA ANSIEDAD
INTROVERSION	4,8	■	■	■								EXTRAVERSION
BAJO CONTROL SOCIAL	5	■	■	■	■	■						ALTO CONTROL SOCIAL
DEPENDENCIA	4	■	■	■								INDEPENDENCIA
APERTURA AL CAMBIO	5,1	■	■	■	■	■						MENTALIDAD DURA
Ecuaciones derivadas de perfiles												
OBJETIVIDAD	5	■	■	■	■	■						SUBJETIVIDAD
CREATIVIDAD BAJA	5,6	■	■	■	■	■						CREATIVIDAD ALTA
BAJO NEUROTICISMO	5,3	■	■	■	■	■						ALTO NEUROTICISMO
BAJO AISLAMIENTO	5	■	■	■	■	■						ALTO AISLAMIENTO
BAJO LIDERAZGO	6,9	■	■	■	■	■	■					ALTO LIDERAZGO
PROPENSO A ACCIDENTES	6,5	■	■	■	■	■	■					LIBRE ACCIDENTES

Catalina Jiménez Jaramillo
Psicóloga Asistencial
OMNISALUD S.A
TP: 154385

Certificación Bancaria

Martes, 05 de mayo de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que CAROLINA COCA SALAZAR identificado(a) con CC 43222350, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	105-170846-53	2006/01/04	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co