



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Florez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Díaz		NOMBRES Jose Luis	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 72271514		SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 72271514		D.M. 10	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 30 MES 11 AÑO 1981			CARRERA 44 - 33 97 Carrera 44#33-97		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO SUCRE			DEPTO ATLÁNTICO		
MUNICIPIO CHALÁN			MUNICIPIO SOLEDAD		
			TELÉFONO 3126012		EMAIL florezflorez0411@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2001
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	1	X		LIQUIDACION DE NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES	08	2021	

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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)

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA ADMINIASTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 44 33 6				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION Y ADM			DEPENDENCIA ADMINIARTIVO					DIRECCIÓN CARRERA 44 33 6				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FACTURACION ADMON			DEPENDENCIA ADMINIISTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 44 33 6				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126042403			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2024	Día	31	Mes	05	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX EN FACTURACION Y ADMISION			DEPENDENCIA ADMINIISTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 44 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126042403			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	04	Año	2024	Día	30	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ADTVO DE FACTURACION Y ADM			DEPENDENCIA ADMINISTARTIVO					DIRECCIÓN CARRERA 44 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	02	Año	2024	Día	31	Mes	03	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX EN FACTURACION Y ADMISION			DEPENDENCIA ADMINIISTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 44 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	01	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX EN FACTURACION Y ADMISION			DEPENDENCIA ADMISNITRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 44 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	01	Año	2023	Día	31	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FACTURACION ADMON			DEPENDENCIA ADMISTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 33 40 6						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	11	Año	2022	Día	31	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX EN FACTURACION Y ADMISION			DEPENDENCIA ADMINIASTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	02	Mes	02	Año	2022	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1014 FACTURADOR			DEPENDENCIA ADMINIASTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3126012403			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	01	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE FACTURACION Y ADM			DEPENDENCIA ADMINIASTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3759400			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	09	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ADTVO DE FACTURACION Y ADM			DEPENDENCIA ADMISNITRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3930831			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	10	Mes	06	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX DE FACTURACION ADMON			DEPENDENCIA ADMINIASTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6						

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
 Persona Natural
 (Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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	4	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 _____

 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **72.271.514**

FLOREZ DIAZ

APELLIDOS

JOSE LUIS

NOMBRES

Jose Luis Diaz

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1981**

CHALAN
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **B+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

20-ENE-2000 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0300100-00884185-M-0072271514-20170217 0053744568A 1 3294302582

ESTADO CIVIL

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor JOSE LUIS FLOREZ DIAZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 72271514, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: JOSE
Segundo Nombre: LUIS
Primer Apellido: FLOREZ
Segundo Apellido: DIAZ
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: 72271514
Clase Libreta Militar: Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 19 días del mes de Febrero de 2025, a las 11:04:25 AM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104ª-64 (601) 4261420 Bogotá D.C- Colombia





FUNCIÓN PÚBLICA

**FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)**

1. DECLARACION JURAMENTADA**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, JOSE LUIS FLOREZ DIAZ

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 72,271,514 CON DOM

País Colombia Departamento ATLANTICO Municipio SOL

Dirección KRA26C5#74-51 Teléfonos 3126012403

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA, EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS
GASTOS DE REPRESENTACION
ARRIENDOS
HONORARIOS
OTROS INGRESOS Y RENTAS
TOTAL

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA
AV VILLA	Ahorros	743702172	BARRANQUILLA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN

EMPLEADOR O CONTRATANTE

ENTIDAD RECEPTORA

ICILIO PRINCIPAL EN:

EDAD

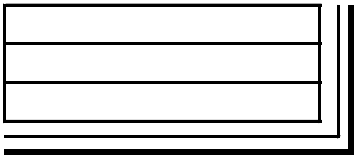
AD	PARENTESCO

MBIA Y EN LOS
A ACTUALIZACION
OSEO A LA FECHA,

VALOR	
	1,800,000
	-
	-
	-
	-
\$	1,800,000

SALDO DE LA CUENTA	
\$	100

VALOR	



1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD

c) En la actualidad: **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

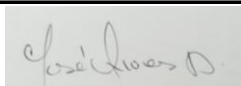
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION
	C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollar forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

SOLEDAD-ATLANTICO

CIUDAD Y FECHA

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

--

VALOR

--

DE MIEMBRO

AD DE SOCIO

N°

--

ndo de

PACION

--

--

-IA

DAFP-OAP

GINECOESTÉTICOS													
Planificación Familiar							CAMBIAR OCASIONALMENTE						
GINECOLOGICO	U	P	C	A	V	Actividad Fisica							
	FUM												
	FUP												
	UP OTRO, OTRA												
ANTECEDENTES FAMILIARES													
ANTECEDENTE	OP	DETALLE	PARENTERSCO	FECHA DIAGNOSTICO	ANTECEDENTE	OP	DETALLE	PARENTERSCO	FECHA DIAGNOSTICO				
Hipertension	NO				Diabetes								
Cancer	NO				Otro								
SIGNOS VITALES													
Fecha	Tension Arterial	Sitio T.A	Frecuencia Cardíaca	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Tipo de Sangre	Peso	Talla	Perímetro Abdominal	Perímetro Cefalico	Índice de Masa Muscular	IMC	BAZZO PERIMETRO BRAZOS
18/07/2024	120/80	Miembro Superior Derecho(MNV)	80	30	20	B+	70	1,57				28,0	
REVISIÓN SINTOMAS SISTEMAS													
TIPO SISTEMA				VALORACION				HALLAZGO					
SISTEMA CARDIACO				NORMAL									
SISTEMA VISUAL				NORMAL									
SISTEMA DERMATOLOGICO				NORMAL									
SISTEMA OTORRINO				NORMAL									
SISTEMA DIGESTIVO				NORMAL									
SISTEMA GENTOURINARIO				NORMAL									
SISTEMA NEUROLOGICO				NORMAL									
SISTEMA OSTEOMUSCULAR				NORMAL									
SISTEMA RESPIRATORIO				NORMAL									
OBSERVACIONES				NORMAL									
EXAMEN FISICO-MENTAL													
TIPO SISTEMA				VALORACION				HALLAZGO					
Neurologico				NORMAL									
Nervioso Central y Periferico				NORMAL									
Organos de los Sentidos				NORMAL									
CardioVascular				NORMAL									
Respiratorio				NORMAL									
Gastrointestinal				NORMAL									
GenitoUrinario				NORMAL									
OsteoMuscular				NORMAL									
Esfera Mental				NORMAL									
Ginecologico				NORMAL									
Extremidades				NORMAL				Tunel izquierdo - Tunel derecho - Hallazgo Tunel. Phalen izquierdo - Phalen derecho - Hallazgo phalen: frinkelstein izquierdo - frinkelstein derecho - Hallazgo frinkelstein Hallazgos superiores					
Piel y Uñas				NORMAL									
Cabeza y Cuello				NORMAL									
Cardiopulmonar				NORMAL									
Mamas				NORMAL									
Abdomen				NORMAL									
Piel				NORMAL									
Sistema Endocrino				NORMAL									
General				NORMAL									
Pruebas de Columna				NORMAL									
Otras Pruebas				NORMAL				Wells: 7 Schobert: 6 Adams: Normal					
RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO													
FECHA	SE RECOMIENDA DIETA SANA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS . ACTIVIDAD FISICA REGULAR . SE RECOMIENDA ESTILO DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE . EJERCICIOS O ACTIVIDADES FISICAS AEROBICAS DE FORNIA REGULAR ENTRE 150 Y 300 MINUTOS POR SEMANA PARA INCREMENTAR LA HABILIDAD DE UTILIZAR OXIGENO PARA EL RENDIMIENTO EN EL TRABAJO Y PARA MANTENER UN PESO ADECUADO A SU TALLA (IMC 28) SOBRE PESO . REALIZAR PAUSAS ACTIVAS . MEDIDAS ERGONOMICAS E HIGIENE POSTURAL . IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOREPORTE . USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL . ACORDES A LA EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO LABORAL .												
18/07/2024													

	
NOMBRE DEL PROFESIONAL: DAVID ALFONSO MIRANDA TORO	PACIENTE: JOSE LUIS FLORES DIAZ
CC: 1129481343	IDENTIFICACION: 12277514
R.M: 1138483343	
ESPECIALIDAD: MEDICO OCUPACIONAL	



Contrato y Certificación de Productos y Servicios Recibidos - Persona Natural

Fecha de Solicitud
20/04/2022

Ciudad: BARRANQUILLA	Oficina: 743 UNICO BARRANQUILLA	Jornada / Hora: D / 10:36:21a. m.
Tipo de Cuenta: AHORROS CUENTA MOVIL INDIVIDUAL	Número Cuenta: 743702172	
Paquete Transaccional: CONDICIONES CONVENIO	Atendido por: 1.042.457.895	

Productos y Servicios Recibidos

Tarjeta Débito No. *****0413	Manilla de Pago No.	Asig Clave Tarj Débito	SI
Costo Máximo de Asignación de Medio(s) de Manejo: 0,00 <small>Este costo podrá variar a favor del cliente, según las condiciones del convenio al cual se encuentre asociado.</small>		Asig Clave Manilla de Pago	NO
Libreta / Chequera No.	/ del No. al	Asignación Clave Audiovillas	NO
Asociación a Cuenta Matriz No	477006936	Manejo de Huellas	SI
Asociación Tarjeta a Cuenta?	N. Cuenta Origen:	Entrega plegable de seguridad	SI
Recibe Certivillas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No Cuenta Certivillas	
Valor de la transferencia	\$	Número de Transferencias	
Periodicidad	Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>		
Recibe Cta Corriente? <small>Aplica solo para Nominas Masivas</small>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	No Cuenta Corriente	

Información de Titular(es) y canales Electrónicos

Titular	Tipo Identificación	Número de Identificación	Internet	Banca Móvil	Audiovillas
JOSE LUIS FLOREZ DIAZ	CC	72271514	Si	Si	Si



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 72271514 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 19/02/2025 12:42 PM



Código Verificación: **HPUL12J3TX**

Válida hasta: **20/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**