FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Chaparro | Garcia | Danilo Armando |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 91451858 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 27 MES 03 AÑO 1973

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CRA 2 # 2-06

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO ARATOCA

TELÉFONO EMAIL danilochaparrog@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 | 1993 |

***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).

## 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| | | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: INCOFEM | | | PÚBLICA: | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C. | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 3143013010 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 08 | Mes | 09 | Año | 2025 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONDUCTOR | DEPENDENCIA: AREA DE CONDUCCION | | | | | | DIRECCIÓN: - Bogota | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: COOPERATIVA DE SANTANDEREANA DE TRANSPORTES "COPETRAN" | | | PÚBLICA: | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: SANTANDER | MUNICIPIO: ARATOCA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: 3235639139 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 02 | Mes | 03 | Año | 2013 | Día | 02 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONDUCTOR OPERARIO | DEPENDENCIA: SERVICIOS DE CONDUCTOR | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 55 - 17B 17 | | | | | |

## 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 COMPLETO

# 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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 12 | 7 |
| 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 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* _____

_____

*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*

# *DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA*



## *PERFIL PROFESIONAL*

Soy una persona con sólida formación en valores ético y morales con
capacidad de liderazgo, de visión global acertada para la toma de decisiones,
capaz de integrarse al trabajo productivo de las organizaciones y de la
sociedad en general mediante el aporte profesional que se requiera
la organización.

## DATOS PERSONALES

NOMBRE: DANILO ARMANDO

APELLIDOS: CHAPARRO GARCÍA

FECHA DE NACIMIENTO: 27 DE MARZO DE 1973

CEDULA DE CIUDADANÍA: 91.451.858 DE ARATOCA

ESTADO CIVIL: CASADO

DIRECCIÓN: CARRERA 2 NUMERO 2-06 BARRIO LAS TERRAZAS

CELULAR: 314-3013010

CORREO: danilochaparrog@gmail.com

## ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIOS: **ESCUELA URBANA LAS VEGAS**
ARATOCA (SDER)
TITULO OBTENIDO BASICA PRIMARIA

PRIMARIOS: **COLEGIO SAN LUIS**
ARATOCA (SDER)
TITULO OBTENIDO BACHILLER ACADEMICO

## REFERENCIAS PERSONALES

**ALBERTO DURAN**
INDEPENDIENTE
TEL. 311-2660335

**GLORIA INÉS DURAN**
INDEPENDIENTE
TEL. 316-3051342

## REFERENCIAS FAMILIAR

**DARÍO LÓPEZ**
INDEPENDIENTE
TEL. 313-3074494

**CELMIRA GARCÍA**
INDEPENDIENTE
TEL. 313-4741651

## REFERENCIAS LABORAL

**ENTIDAD:** COPETRAN
**JEFE INMEDIATO:** LUIS ALBERTO APARICIO
**TIEMPO:** 19 AÑOS

**ENTIDAD:** INCOFEN
**JEFE INMEDIATO:** ANDRÉS
**TIEMPO:** 12 MESES
**JEFE:** EDGAR CASTELLANOS LÓPEZ
**TEL.** 302-3694649

Danilo A Chaparro G

**DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCÍA**
C.C. No. 91.451.858 DE ARATOCA

# COLEGIO SAN LUIS
ARATOCA - SANTANDER

## *Acta Individual de Grado*

En la ciudad de **Aratoca** a los **26** días del mes de **Noviembre** de **1993** se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de undécimo grado, los Suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la Rectoria del **COLEGIO SAN LUÍS** del Municipio de Aratoca Santander, institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional hasta el grado Undécimo y autorizado por la Gobernación de Santander para otorgar el Titulo de Bachiller en la modalidad **ACADÉMICA** según Resolución No. 6483 del 30 de noviembre de 1990 para prestar el servicio público de Educación Formal en los niveles de preescolar, básica primaria, básica secundaria, Media Académica. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación media **ACADEMICA**, se procedió a otorgar el **TITULO DE**

## BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de identificación se encuentran a continuación:

## DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA
## C.C. 91451858 Aratoca

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 004 de fecha noviembre 26 de 1993 que consta de 18 estudiantes que comienza con el nombre de **ADARME JAIMES CARMEN JANETH** y se cierra con el nombre de **DORIS SILVA VEGA** firmado y sellado por **ANGEL MIGUEL MORA AVILA** Rector(a) y **CARMEN JANETH ADARME JAIMES** secretario(a).

Dada En el Colegio San Luis del municipio de Aratoca a los 12 dias del mes de febrero de 2025. Se expide por solicitud del interesado por correccion de numero de cedula para tramites personales.

*Edinson Adarme Jaimes*
*Rector*
*C.C. NO. 91.451.671 Aratoca*

*Carmen Janeth Adarme Jaimes*
*Secretaria*
*C.C. NO. 27.978.285 Aratoca*

Copetran

Bucaramanga, 02 de Diciembre de 2024

LA COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS
HACE CONSTAR

Que el señor(a) **DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA** identificado con C.C número **91451858** de **ARATOCA** laboró en la cooperativa desde el **02 de Marzo de 2013** hasta el **02 de Diciembre de 2024** desempeñando el cargo de Conductor Carga Camion

Se Expide la presente constancia a solicitud del interesado

Atentamente

ADRIANA [illegible]
ASISTENTE DE RECURSOS HUMANOS

Nit. 890 209 [illegible] - 7
Calle 55 No 17[illegible] PBX: (+57 7) 6448967
Línea de Servicio al Cliente 01 8000 11[illegible]
Bucaramanga | Colombia
www.copetran.com

INCOFEM

**Bogota, 08 de agosto de 2026**

**CERTIFICACIÓN DE TRABAJO**

Para dar cumplimiento a la obligación 7ª del artículo 57 del Código Sustantivo del trabajo

**CERTIFICAMOS**

Que el/la señor(a) **Danilo Armando Chaparro Garcia,** identificado con **Cedula de Ciudadania** No. **91.451.858** laboró en nuestra compañía desde el **08 de septiembre de 2025** hasta el **31 de julio de 2026** desempeñando el cargo de **OPERADOR DE GRUA PESADA** vinculado(a) mediante contrato de trabajo por la duración de una labor determinada y concreta; en el desarrollo del contrato No **INVIAS 1506 de 2025** cuyo objeto es: **"OPERACION, MANTENIMIENTO Y ADMINISTRACION VIAL DE LA RUTA 45A, TRAMO 45A04, ZIPAQUIRA - UBATÉ; TRAMO 45A05, UBATE - CHIQUINQUIRA PR 0+000 AL PR 42+530 INCLUYENDO LOS TRAMOS 45ACNB, 45ACND Y 45ACNC (SECTOR 1); GESTIÓN VIAL INTEGRAL DE RUTA 45A, TRAMO 45A05, CHIQUINQUIRA- PUENTE NACIONAL PR 42+530 AL PR 89+340 INCLUYENDO EL TRAMO 45ABYB; TRAMO 45A06, PUENTE NACIONAL - SAN GIL INCLUYENDO EL TRAMO 62STA; TRAMO 45A07, SAN GIL - BUCARAMANGA; TRAMO 45AST08, FLORIDABLANCA - PALENQUE; TRAMO 45A08, RIO NEGRO - SAN ALBERTO PR 18+000 AL PR 93+654 (SECTOR 2)"**

La presente se expide a solicitud del interesado, el 08 de agosto de 2026.

**Firmado electrónicamente por:**

| | |
|---|---|
| **Nombre** | Paula Maritza Marcelo Galindo |
| **Numero de Documento** | 1.015.395.965 |
| **Email** | pmarcelo@incopav.com |
| **Fecha** | 11/08/2026 a las 17:43 : TZ: GMT-5 |
| **IP** | 191.156.225.16 |
| **Token** | 9247907f64154c1ffdf4c80e73fbc1b0b2 |

Este QR permite verificar la información de firma mientras el servicio este activo. El documento valido es el PDF enviado al correo de los firmantes

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

## Danilo Armando Chaparro Garcia

C.C 91.451.858

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 19 de octubre 2026

Código: 7611538567000

# Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

**Hace constar que:**

## DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA

C.C. - No. 91451858

**Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:**

## CURSO
## PRIMEROS AUXILIOS

**Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición**

Siendo una formación propia, con una intensidad de veinte (20) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (12) días del mes de septiembre del año 2025

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

**Beatriz Eugenia Ramos Suaza**
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

**Luis Carlos Prada Prada**
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDA CERTIFICA

***La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co***

# INSTITUTO LÍDER DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN No. 1500-67.10 / 1032 DEL 20 DE MAYO DEL 2022
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

## DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía
91451858 de ARATOCA

Asistió y aprobó el curso

## MANEJO DEFENSIVO

Aprobó el día 19-10-2026 - Válido hasta 19-10-2027

Con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia firman

**KAREN MILENA HERNANDEZ DIAZ**
Secretaria Académica

**LUZ ELENA DÍAZ BARBOSA**
Representante Legal

AUTOLIDER

Número de validación
82169

Transporte

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO

SISCONMP

Calle 37 A No. 19 A - 52 Jordan Paraiso - Villavicencio - 322 796 3630 - 313 894 4273 - 320 2589283
email: directoraautolider@gmail.com - www.institutolider.com.co

# INSTITUTO LÍDER DE COLOMBIA

RESOLUCIÓN No. 1500-67.10 / 1032 DEL 20 DE MAYO DEL 2022
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

Certifica que

## DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA

Identificado con Cédula de Ciudadanía
91451858 de ARATOCA

Asistió y aprobó el curso

## MECANICA BASICA AUTOMOTRIZ

Aprobó el día 19-10-2026 - Válido hasta 19-10-2027

Con una intensidad horaria de 40 Horas

En constancia firman

**KAREN MILENA HERNANDEZ DIAZ**
Secretaria Académica

**LUZ ELENA DÍAZ BARBOSA**
Representante Legal

AUTOLIDER

Número de validación
82168

Transporte

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

SISCONMP

Calle 37 A No. 19 A - 52 Jordan Paraiso - Villavicencio - 322 796 3630 - 313 894 4273 - 320 2589283
email: directoraautolider@gmail.com - www.institutolider.com.co

*CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICA*
*MILLAS DE VIDA GUANENTA*
NIT: 900.767.551-3
RESOLUCION MINITRANSPORTE No. 1319/2015

# EL CENTRO DE ENSEÑANZA AUTOMOVILISTICA MILLAS DE VIDA GUANENTA

**CERTIFICA QUE:**

**DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA,** identificado con la cedula de ciudadanía No.91.451.858 expedida en **ARATOCA SANTANDER.** Aprobó satisfactoriamente la prueba **TEORICO PRACTICO CAMION.** (C2) con una intensidad de dos horas (2) horas.

PRUEBA TEORICA.....3.70 APROBÓ.

PRUEBA PRÁCTICA.....4.75 APROBÓ.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los diecinueve días (19) del mes de Octubre del 2026.

Atentamente,

**JHON ALEXANDER ORTIZ**
Tarjeta de Instructor en Conducción No. 34439 CAT: B1-C1
Tarjeta de Instructor en Conducción No. 50199 CAT: A2
Mintransporte
Instructor CEA Millas de Vida Guanentá

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 | 2026-10-20 10:08 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| DANILO | ARMANDO | CHAPARRO | GARCIA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 91451858 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | BUCARAMANGA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | ARATOCA |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 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 | ALCALDIA DE ARATOCA |

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | ARATOCA |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Dirección | ["CALLE 4 N° 4 - 38"] |
| 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 | $8.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $630.000,00 |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $8.630.000,00 |

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 | $10.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| INMUEBLE | COLOMBIA | SANTANDER | ARATOCA | $80.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

## 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MIRTA | YOENE | DURAN | MORENO |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 27978383

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:

| |
|---|
| |

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 91.451.858



Apellidos
CHAPARRO GARCIA

Nombres
DANILO ARMANDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
M

Fecha de nacimiento
27 MAR 1973

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BUCARAMANGA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
07 ABR 1992, ARATOCA

Fecha de expiración
30 MAYO 2034

Firma



.CO

047588129

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL047588129827010<<<<<<<<<<
7303272M3405307COL91451858<<<9
CHAPARRO<GARCIA<<DANILO<ARMAND

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

**No.** 91451858



NOMBRE

**DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA**

FECHA DE NACIMIENTO
27-03-1973

RANGRE-RH
B+

FECHA DE EXPEDICIÓN
02-08-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

República de Colombia

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTOyTTE GIRON

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 24-08-2031 | PARTICULAR |
| B3 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO. | 02-08-2034 | PARTICULAR |
| C3 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO | 02-08-2027 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03007817699

Servicios Integrales 60947.2.0-28 02/24

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

201372273

*(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)*

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X — B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X — B. Colectiva — D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional — C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo X — B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si — No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente — B. Independiente X — C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS): 005

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Chaparro | García | Danilo | Armando |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | Cuál | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | 91.451.858 | Femenino — Masculino X | F — M X — T — NB — Otro | | Col. |

| 14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| Colombia | Santander | Bucaramanga | 27 03 1973 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad) | 19. Tiene encuesta SISBEN (Si / No) | 20. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo) | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | 4.1.750.905 | |

26. Residencia: Dirección: Cra. 2 # 2-06 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3143013010 — Correo Electrónico: danilochaparro@gmail.com

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| Santander | San Gil | Vda Aratoca. | Cabecera Municipal X — Rural Disperso — Centro Poblado — Resto Rural |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 31. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál) | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

33. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio — 34. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico (Femenino / Masculino) | 40. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál) | 41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio) | 42. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN (Si / No) | 48. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo) | 49. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad) | 50. Incapacidad permanente (Si / No) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del adicional a reportar por la EPS |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural | | |
| B2 | | | Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural | | |
| B3 | | | Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural | | |
| B4 | | | Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural | | |
| B5 | | | Cabecera Municipal — Centro Poblado — Rural Disperso — Resto Rural | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

A. AFILIACIÓN

AEU

201372273

| | | |
|---|---|---|
| C | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
| B1 | X med. gral / odont. | 9344-181003 |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico Femenino Masculino | 63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| Sanitas | 19 10 2026 | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [X] 71. Declaración de estalenda de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [X] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [X] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad

## IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
Danilo Achaparro Garcia

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

## X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre EPS Sanitas | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario NIT. 800.251.440-6 | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES:

FECHA: 19-10-2026

RADICADO: San Gil

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello ASESOR: | Sticker processamiento |
|---|---|---|
| | HORA: | # 653000001 |

3. REPORTE DE NOVEDADES

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91451858,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de octubre de 2026.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 18 de octubre de 2026, a las 11:49:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 91451858 |
| Código de Verificación | 91451858261018114909 |

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304965807

PIB
11:49:56


Bogotá DC, 18 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91451858.

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:51:03 AM horas del 18/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **91451858**

Apellidos y Nombres: **CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552, Bogotá
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: atencionalciudadano@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | SECOP

Todos los derechos reservados

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/10/2026 11:52:09 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **91451858** y Nombre: **DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **149782051** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

# CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:53:37 horas del 18/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **91451858,** Apellidos y Nombres **CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA ARATOCA**, con NIT **890205334-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

# 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 91451858 **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 20/10/2026 10:51 AM

Código Verificación: **QDEPMWJSBX**

Válida hasta: **20/01/2027**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

# PAZ Y SALVO

**Cédula:** **91451858**

**Fecha de expedición:** 18/10/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 18 de octubre de 2026 a las 12:28 p. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

La información contenida en el sistema es generada y reportada por los organismos de tránsito.
Federación Colombiana de Municipios | Consorcio Sonitt / Quipux

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



N° 67.250

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 19 DÍA | 10 MES | 2026 AÑO | SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES CONTADO | PARTICULARES |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO | MASCULINO | 53 AÑOS 6 MESES 23 DÍAS | CC (Tipo) | 91451858 (Número) |

Cargo: **CONDUCTOR**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SANITAS | NO REFIERE | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| SI | APTO PARA CONDUCCION DE VEHICULOS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO | ✓ | EVALUACION OSTEOMUSCULAR | ✓ |
| AUDIOMETRÍA | ✓ | PRUEBA DE COORDINACIÓN MOTRIZ O PSICOMETRICA | ✓ |
| VISIOMETRÍA | ✓ | TEST PSICOLÓGICO CONDUCTORES | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | USO DE EPP : EN SITIO DE TRABAJO | HÁBITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL MINIMO DOS VECES AL DIA | HACER DEPORTE : 30 MINUTOS DIARIOS POR 5 DIAS A LA SEMANA<br>DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, NO PRESENTA SIGNOS SUGESTIVOS DE COVID19,PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL, PACIENTE CON INDICE DE MASA CORPORAL ELEVADO DADO POR SOBREPESO SE RECOMIENDA CAMBIO DE HABITOS ALIMENTICIOS Y EJERCICIO FISICO, REPORTE DE AUDIOMETRIA NORMAL, REPORTE DE VISIOMETRIA NORMAL, REPORTE DE PRUEBAS DE COORIDINACION MOTRIZ Y TEST PSICOLOGICO APTO. PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma: Dr. Edgar Fernando Pinzon Lagarejo

**Nombre:** CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON

**R. M.:** 01419 SSS **L.S.O.:** 004584 SSS

**Código de Seguridad**
L198R1X67250

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

**Nombre:** CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO

**CC:** 91451858

# ReporteStest



Nombres **DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA**
Doc CC. 91451858
Sexo M
F Nacim 27/03/1973
Fecha **2026/10/19**
Empresa PARTICULARES

**CEMESO IPS SAS**
CEMESOIPSSASSEDEPRINCIPAL
901073980
CRA10NO16-33SANGIL/SANTADER
Tel.3102732388

## SPAC-PPACConductores

| Servicios Ordenados: | Status/Certificado |
|---|---|
| SPAC - PsicoTest PPAC Conductores | Aprobado |

**Elizabeth Sanchez Rodriguez**
Psicologa

**Danilo Armando Chaparro Garcia**
Evaluado

## SPAC-PPACPARTE1-PersonalidadyabusodeSPA(FA)

| VARIABLE | PD | P(RANGO) | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| A TrastornosdePersonalidad | 1 | P68 (<70) | Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de lasexpectativas de la cultura del individuo |
| B Disociativos | 2 | P46 (<70) | Se caracterizan por una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de laconciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción de la identidadcorporal, el control motor y el comportamiento. |
| C Estado de ánimo | 3 | P53 (<70) | Incluyenlostrastornos quetienencomo característicaprincipaluna alteracióndelhumor. Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta incluyen afecciones quese manifiestan con problemas en el autocontrol del comportamiento y las emociones. |
| D Control de Impulsos | 2 | P8 (<70) | Son aquellos que no tienen como etiología ninguno de los siguientes trastornos: otraenfermedad mental, una enfermedad médica o una sustancia. |
| E Sueño | 1 | P16 (<70) | |
| **SubpruebasCompuestas** | | | |
| F Esquizofrenia y otros trastornospsicóticos | 2 | P17 (<70) | Pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. |
| G Adicción | 0 | P27 (<70) | Se desarrolla tolerancia. |
| H Abuso y Dependencia delAlcohol | 1 | P57 (<70) | Se desarrolla tolerancia, que consiste en a) requerir dosis cada vez más grandes de la sustancia para lograr el efecto deseado; b) la droga tiene marcadamente menos efectos, aunque seconsuma la misma dosis; c) la persona puede dar la impresión de que funciona normalmentedespués de usar una cantidad que si afectase mucho a un consumidor ocasional. |
| I Delirium,Demencia,T.Amnesicosyot rosT.Cognoscitivos | -1 | P30 (<70) | La alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivaso la memoria que representa un cambio del nivel previo de actividad. |
| J Trastornosmentalesdebidosae nfermedad médica | 2 | P10 (<70) | Se caracteriza por la presencia de síntomas mentales que se consideran una consecuenciafisiológica directa de la enfermedad médica. |
| K Trastornosdedéficitdeatenciónyco mportamiento perturbador | -3 | (<) | Es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente Ygraveque el observado habitualmenteen sujetos de unnivel de desarrollo similar. |

## 2.-PPAC-SO-Escala:Personalidad

| VARIABLE | PD | P(RANGO) | INTERPRETACIÓN |
|---|---|---|---|
| Afectivos | 3 | P24 (<67) | El estado de ánimo y el humor del usuario se encuentran dentro de un perfil normal. |
| Disociativos | 2 | P34 (<52) | La integracion de la conciencia la percepcion de la identidad corporal del usuario se encuentrandentro de un perfil normal. |
| Sueño | 0 | P50 (<65) | El usuario presenta estados de sueño y vigilia dentro de los parámetros normales. |
| Desórdenes Mentales | 1 | P58 (<62) | El usuario se relaciona con los demás y con su contexto dentro de parámetros normales. |

## 3.-PPAC-SOEscala:Atención

| VARIABLE | PD | P(RANGO) | INTERPRETACIÓN |
|---|---|---|---|
| Atención | *1 | *P26 (>=56) | El usuario presenta dificultades para mantener la atención en el trabajo. |

## 1.-PPAC-SOEscala:SaludOcupacional

| VARIABLE | PD | P(RANGO) | INTERPRETACIÓN |
|---|---|---|---|
| Autocuidado | 00 | P100 (>=61) | El ususario posee habilidades y competencias para desarrollar procesos para su cuidado personal. |
| Actos Inseguros | 02 | P100 (>=59) | El usuario se comporta con respecto a su seguridad de manera normal o común para la poblaciónde iguales características. |
| Condiciones Inseguras | 02 | P99( >=64) | El usuario cuenta dentro de su ambiente de trabajo con las condiciones necesarias para suseguridad. |
| Identificación de Peligros | 01 | P100 (>=68) | El usuario presenta habilidades para identificar posibles situaciones de peligro. |
| Participación y Consulta | 00 | P100 (>=62) | El usuario comunica oportunamente situaciones de peligro que atentan contra sus seguridadlaboral y de los demás. |

## SPAC-PPACPARTE2-InteligenciayRazonamiento(FB)

CIEscolaridad General . Puntuaciones derivadasde lasZ oestándar, querepresentan ellugar

| VARIABLE | PD | CI(RANGO) | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|---|
| Coeficiente Intelectual | 1 | Z92 (>=Z72) | que ocupa un sujeto dentro de la curva de normalidad con una media de 100 y una desviaciónestándar de 15. |

**Nota**:Este test corresponde a pruebas de tamizaje, las cuales permiten de forma estandarizada, conocer el estado de una persona frente a determinado grupo

# Reporte Psicomotriz

| | |
|---|---|
| Nombres | **DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA** |
| Doc | CC91451858 |
| Sexo | M |
| F Nacim | 1973-03-27 |
| Fecha | **2026-10-19** |
| Empresa | PARTICULARES |

**CEMESO IPS SAS**
CEMESO IPS SAS SEDE PRINCIPAL
901073980
Tel.

## Resumen de Resultados Test Psico-Motriz

| Parámetro | Rango de Aprobación | Resultado |
|---|---|---|
| **Atención Concentrada** | | |
| Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R) | <= 0.690 Seg. | 0.611 |
| Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A) | <= 0.690 Seg. | 0.611 |
| Num. Errores | <= 5 Errores | 0 |
| **Reacciones Múltiples** | | |
| Tiempo Medio de Reacción de Respuesta (T.M.R.R) | <= 1.140 Seg. | 0.954 |
| Tiempo Medio de Reacción en el Acierto (T.M.R.A) | <= 1.140 Seg. | 0.954 |
| Num. Errores | <= 7 Errores | 0 |
| **Reacción al Frenado** | | |
| Tiempo Promedio de Reacción (T.P.R) | <= 0.750 Seg. | 0.414 |
| **Coordinación Bimanual - Motricidad Fina** | | |
| Tiempo Total de error (T.T.E) | <= 4.830 Seg. | 0.06 |
| Num. Errores | <= 15 Errores | 1 |
| **Coordinación Bimanual - Motricidad Gruesa** | | |
| Tiempo Total de error (T.T.E) | <= 32.248 | 13.147 |
| Num. Errores | <= 85 Errores | 48 |
| **Velocidad de Anticipación** | | |
| Tiempo Medio de Desviación (T.M.D) | <= 0.830 Seg. | 0.094 |

**Trazabilidad de la Medida**

| Documento | Fecha | Modelo | Serie # | Firmware | Prueba # | Forma | Baremo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC91451858 | 2026-10-19 07:36:42 | AGX-PT3 | 3191 | 2.0.0.18A | | PT3-04 | BPT-2 |

| Servicios Ordenados: | Status/Certificado |
|---|---|
| PALL - Aptitudes Psico-Motrices (Todos) [3] | Aprobado |

**elizabeth sanchez rodriguez**
PSICOLOGA , TP. 183442

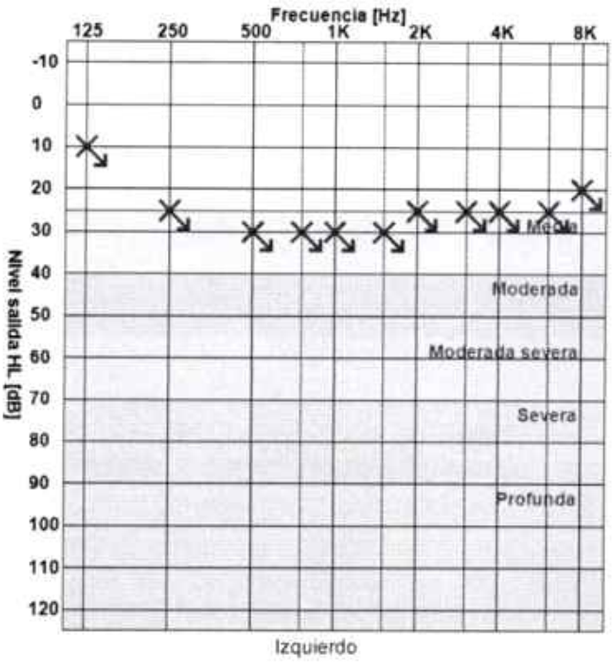
**DANILO ARMANDO CHAPARRO GARCIA**
Evaluado

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRIL
CRA 10 16-33 00 SAN GIL,
COLOMBIA

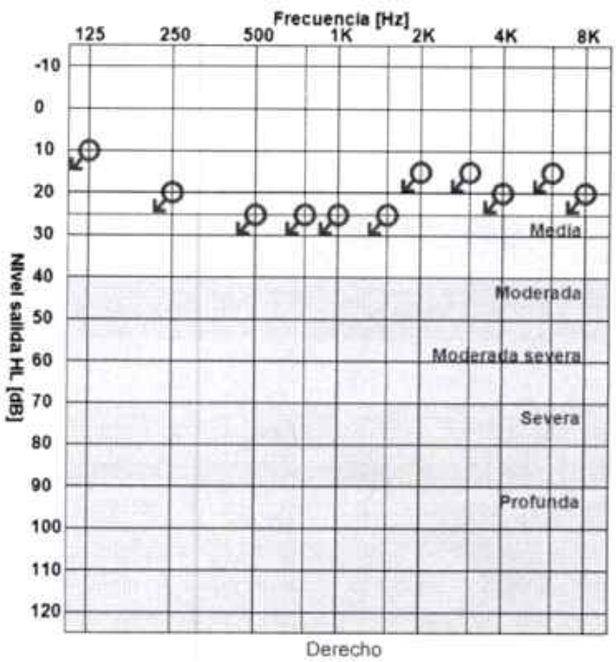
| DANILO ARMANDO CHAPARRO | |
|---|---|
| **Nº** | 91451858 |
| **Fecha nacimiento** | 27/03/1973 |
| **Edad** | 53 |
| **Empresa/ Escuela** | PARTICULARES |

19/10/2026 7:56 a. m.

| | 125 | 250 | 500 | 750 | 1K | 1.5K | 2K | 3K | 4K | 6K | 8K |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aerea izquierda** | (10) | (25) | (30) | (30) | (30) | (30) | (25) | (25) | (25) | (25) | (20) |
| **Áereo derecha** | (10) | (20) | (25) | (25) | (25) | (25) | (15) | (15) | (20) | (15) | (20) |



Izquierdo



Derecho

**Notas:**

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES --EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, 2026-10-19 07:57:30

| Legend | L | R |
|---|---|---|
| AC | X | O |
| AC - Masked | □ | △ |
| BC | > | < |
| BC - Masked | ] | [ |
| MCL | M | M |
| UCL | U | U |
| AC - Mask Level | — | — |
| BC - Mask Level | ⌐ | ⌐ |

Dr. Edgar Fernando Pinzon Lasprilla

Usuario: EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

Información del audiometro: Numero de serie: 930-1703-NAES Tipo: Oscilla® SM-930 Fecha de calibración: 20170531

CEMESO IPS SAS
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



# ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

## DATOS PERSONALES

**Ciudad y Fecha:** SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) 19/10/2026 8:15 a.m.
**Tipo Evaluacion Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
**Empresa:** PARTICULARES **Cargo:** CONDUCTOR
**Nombres y Apellidos:** CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO **:CC** 91451858 **de** SAN GIL **Fecha de Nacimiento:** 27/03/1973 12:00
**Edad:** 53 AÑOS 8 M **Lugar de Nacimiento:** BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) **Dir. Residencia:** CRA 2 #2-06
**Estudios:** SECUNDARIA **Estado Civil:** CASADO(A) **E.P.S:** SANITAS **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

## ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

| Empresa | Cargo | Manipulación | Postura Habitual | Movimiento | Tiempo |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## POSTURA ESTÁTICA

| | |
|---|---|
| ABDOMEN | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| CABEZA | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| HOMBROS | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| MIEMBROS INFERIORES | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| MIEMBROS SUPERIORES | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| OTRA ¿CUÁL? | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| PELVIS | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |
| TRONCO | FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL |

## ARCOS DE MOVILIDAD

| | |
|---|---|
| CODO EXTENSIÓN 180° | NORMAL |
| CODO FLEXIÓN 145° | NORMAL |
| CODO PRONACIÓN 90° | NORMAL |
| CODO SUPINA 90° | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30° | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30° | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30° | NORMAL |
| CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30° | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20° | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20° | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40° | NORMAL |
| DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90° | NORMAL |
| HOMBRO ABDUCCIÓN 180° | NORMAL |
| HOMBRO ADUCCIÓN 30-45° | NORMAL |
| HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360° | NORMAL |
| HOMBRO EXTENSIÓN 30° | NORMAL |
| HOMBRO FLEXIÓN 180° | NORMAL |
| HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90° | NORMAL |
| HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90° | NORMAL |
| MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45° | NORMAL |

| | |
|---|---|
| MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15° | NORMAL |
| MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80° | NORMAL |
| MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85° | NORMAL |
| OTRA ¿CUÁL? | |

**EXTREMIDADES SUPERIORES**

| | |
|---|---|
| FINKELSTEIN DERECHO | NEGATIVO |
| FINKELSTEIN IZQUIERDO | NEGATIVO |
| OTRA ¿CUÁL? | |
| PHALEN DERECHO | NEGATIVO |
| PHALEN IZQUIERDO | NEGATIVO |
| TINEL DERECHO | NEGATIVO |
| TINEL IZQUIERDO | NEGATIVO |

**EXTREMIDADES INFERIORES**

| | |
|---|---|
| LASSEGUE DERECHO | NEGATIVO |
| LASSEGUE IZQUIERDO | NEGATIVO |

**COLUMNA VERTEBRAL**

| | |
|---|---|
| CIFOSIS DORSAL | NO |
| ESCOLIOSIS | NO |
| ESPALDA PLANA | NO |
| LORDOSIS CERVICAL | NO |
| LORDOSIS LUMBAR | NO |
| OTRA ¿CUÁL? | |
| PRUEBA DE SCHOBER | CMS |
| RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?) | NO |
| ROTOESCOLIOSIS | NO |
| TEST DE WELLS | NORMAL |

**OBSERVACIONES**

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.

**MÉDICO**

**Firma:**

**Nombre:** CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON

**R. M.:** 01419 SSS **L.S.O.:** 004584 SSS

**TRABAJADOR**

**Firma:**

**Nombre:** CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO

**CC** 91451858

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



# EXAMEN DE VISIOMETRÍA

**DATOS PERSONALES** — **Atención Nº: 6,289**

**Fecha:** 19/10/2026 **Municipio:** SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 91451858 **Nombre:** CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO **Edad:** 53 AÑOS 6
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** CONDUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
**Eps:** SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** NO REFIERE
**Lugar del Último Examen:** NO REFIERE **Motivo Consulta:** INGRESO LABORAL

**ANTECENDENTES VISUALES**

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| USA ANTEOJOS | NO USA |

**PRUEBAS REALIZADAS**

**SINTOMATOLOGÍA**

ASINTOMÁTICO

| | AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 20 | 20/20 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 20 | 20/20 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 20 | 20/20 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| Z010 | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION | AMBOS | Enfermedad general | PRINCIPAL |

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

VISIOMETRIA NORMAL

**OPTOMETRA**

Dr. Edgar Fernando Pinzón Luquetán

**Firma:**
**Nombre:** CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON
**R. M.:** 01419 SSS **L.S.O.:** 004584 SSS

**PACIENTE**

**Firma:**
**Nombre:** CHAPARRO GARCIA DANILO ARMANDO
**CC:** 91451858

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gobernación de Santander | RESOLUCION | CÓDIGO | AP-JC-RG-89 |
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

**RESOLUCION NÚMERO 00 - 4584 DE 2018**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que **EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91071950 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 2437 de 18 de Marzo de 2008 de la Secretaria de Salud de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA** - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 9107195 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los 06 ABR 2018

**LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO**
**Secretario de Salud Departamental**

VoBo: Salvador Rincón Santos – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Mónica Romero Salazar – Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

Scanned by CamScanner