

Este formulario debe ser diligenciado por el aspirante y escrito en letra clara y legible

Fecha D 29 M 11 A 2025	Empleo o cargo al que aspira Auxiliar Servicios Generales
-------------------------------	--

1 INFORMACION GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Nombre(s) del aspirante Estela Castañeda E		Apellido(s) del aspirante Castañeda Espinilla	
Fecha de Nacimiento D 12 M 1 A 95	Lugar de Nacimiento Puerto Rico Caqueta		
Dirección domicilio / Barrio Calle - 2 # 2 - 53		Ciudad Acevedo	
Teléfono		No. Celular 3194832111	
Correo electrónico Costa.stella.85@gmail.com		Nacionalidad Colombiana	
Profesión, ocupación u oficio Oficios Varios		(*) Estado civil madre soltera	Años de experiencia laboral
Cédula de ciudadanía: <input checked="" type="checkbox"/> N° 55208236		(**) Libreta militar N°	Primera clase: <input type="checkbox"/>
Extranjería: <input type="checkbox"/> Expedida en:		Distrito N°	Segunda clase: <input type="checkbox"/>
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Licencia de conducción N°	Categoría



2 PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencias y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Cuento con experiencia en el área de servicios Generales desempeñando mi labor de la mejor manera.

3 INFORMACION PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué empresa? Sosege	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato fijo
¿Trabajó antes en esta empresa? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Tiene parientes que trabajen en esta empresa? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Por medio de agencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Vive en casa: ¿Familiar? <input type="checkbox"/> ¿Propia? <input type="checkbox"/> ¿Alquilada? <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del arrendador Yilber Muñoz	Teléfono 314448718
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	
¿Por qué conceptos?		¿Cuánto es su aspiración salarial?	
¿Cuál es su principal afición?		¿Practica algún deporte? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, entre otros? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?			



4 INFORMACION FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección		Teléfono	
Ciudad		Nº de personas que dependen económicamente de usted		Parentesco	
Edades		Nombre(s) padre(s)		Profesión, ocupación u oficio	
Teléfono(s)		Marco Avelio Castañeda		Agricultor	
Teléfono(s)		Elsi Espinilla		Ama de casa	
Teléfono(s)		Adelmo Castañeda Espinilla		Agricultor	
Teléfono(s)		Alexander Castañeda Espinilla		Barbero	

5 EDUCACION Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria	2015		Bachiller	Jose Acevedo y Gomez	Acevedo
Bachillerato Académico <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	2015		Bachiller	Jose Acevedo y Gomez	Acevedo
Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Educación Superior Técnico <input type="checkbox"/>					
Tecnológico <input type="checkbox"/>					
Profesional <input type="checkbox"/>					
Postgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente?	¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)		Año / semestre que cursa
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
Nombre de la institución			Horario	Diurno <input type="checkbox"/>	Fin de semana <input type="checkbox"/>
			Nocturno <input type="checkbox"/>	A distancia <input type="checkbox"/>	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB- Muy Bueno(81 a 100%)					
Sistemas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	R	B	MB	3.
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.
Idiomas Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1.	Escucha		Lectura	
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R
		R	B	MB	R

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

6 EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Sosege				Neiva Huila			
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo		Fecha Ingreso		Fecha Retiro	
Auxilioy Servicios Generales				D M A		D M A	
Funciones realizadas						Sueldo Inicial \$	
						Sueldo Final \$	
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Lino Duran				Jefe Inmediato			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato		Indefinido <input type="checkbox"/>		¿Cuánto tiempo?		Contrato directo con la empresa <input checked="" type="checkbox"/>	
Fijo <input checked="" type="checkbox"/>						Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Horario de trabajo		Tiempo completo <input type="checkbox"/>		1/2 Tiempo <input type="checkbox"/>		Por horas <input checked="" type="checkbox"/>	
Motivo del retiro				Jornada:		Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>	
Terminacion de Contrato							

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial
		D	M	A	D	M
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato		Cargo				
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>						
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						

Nombre de la empresa	Actividad Económica	Dirección			Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted	Área del cargo	Fecha Ingreso		Fecha Retiro		Sueldo Inicial
		D	M	A	D	M
Funciones realizadas						
Nombre de su jefe inmediato		Cargo				
Logros obtenidos						
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? Fijo <input type="checkbox"/> Contrato por medio de agencia <input type="checkbox"/>						
Horario de trabajo Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1/2 Tiempo <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Otra jornada <input type="checkbox"/>						
Motivo del retiro						

7 REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

1.	Nombre Yasveline Castañeda Espinilla	Ocupación Estudiante	Dirección Bogotá	Teléfono 3103053349
2.	Nombre Edgar Duvan Leguizamo Trujillo	Ocupación Abogado	Dirección Pasto	Teléfono 3126104982
Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente				
1.	Nombre Oscar Fabian Castañeda C	Ocupación Estudiante	Dirección Neiva Huila	Teléfono 3008292644
2.	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono

Autorizo para pedir mis referencias sin restricción alguna

Marque con una X

<p align="center">Nota importante</p> <p>Favor no llamar ni concurrir a la empresa por el resultado de esta solicitud. Nosotros llamaremos oportunamente.</p>	<p align="center">Certificación</p> <p>Que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta; cualquier inexactitud u omisión ocasionará la terminación unilateral y justificada del contrato de trabajo para cuya información se ha tomado como base la presente solicitud. (C.S.T. Art. 62 Num. 1).</p>	<p align="center">Firma del Solicitante</p> <p align="center">INDUCONTABLES</p> <p>C.C. _____</p>
--	---	--

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
55.208.236

NUMERO

CASTAÑEDA ESPINILLA

APELLIDOS

ESTELA

NOMBRES

Estela Castañeda Espinilla
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ENE-1985**
PUERTO RICO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.44 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-MAY-2003 ACEVEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almbeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMBEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1900400-50120451-F-0055208236-20040114

0708304014A 02 143230021

La República de Colombia

y en su nombre la

**Institución Educativa
José Acevedo y Gómez**

Acevedo - Huila

Con Reconocimiento Oficial de la Secretaría de Educación del Departamento del Huila, según Resolución No. 1723 del 21 de Abril de 2015

Confiere a:

Estela Castañeda Espinilla


Identificado (a) con C.C. No. 53208236 de Acevedo (Huila)

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 ley 115 de 1994) en Educación formal para Adultos ciclo 6 Jornada Nocturna (Decreto 3011 de 1997) según los planes y programas vigentes. Cumplió con el Servicio Social y Constitución Política Colombiana.




Exp. Lucas Menezes
C.C. No 12225451 de pitalito
Rector


Stella Ortiz Zamora
C.C. No 51875420 DE Bogota
Secretaría

Acta General de Graduación No. 01

Folio No. 1-2 Libro para control Interno de Diplomas No 01

Dado en Acevedo Huila a los 2 días del mes de Diciembre de 2015

No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decreto 021 del 6 de Mayo de 1994 y 2180 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República



INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P.

NIT. 813005241-0

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



VIGILADO
Super Transporte


INCINERADOS DEL HUILA – INCIHUILA S.A.S. E.S.P.

CERTIFICA QUE:

La señora **ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA**, identificada con cédula de ciudadanía N° 55.208.236 expedida en Acevedo - Huila, laboró con la empresa **INCINERADOS DEL HUILA - INCIHUILA S.A.S. E.S.P.** en virtud de un **CONTRATO POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, desempeñando el cargo de **OPERARIO(A) SERVICIOS GENERALES** teniendo como fecha de inicio el día dos (02) de noviembre de 2021 hasta el día diecinueve (19) de noviembre de 2022.

En constancia de lo anterior, se firma la presente en la ciudad de Neiva – Huila, el día diecinueve (19) de noviembre de 2022.

Atentamente,


CHANEL IVON CARDOSO CARDOZO
Coordinadora de Talento Humano (E)

Proyectó: Karen Cano
Talento Humano

Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 B/ 7 de Agosto PBX: (098) 8630403
Móvil: 3187116663 – 313 245 31 78 E-mail: pg@incihuilacom.co - incihuilasa@gmail.com
Agencia Florencia: Calle 21 No. 11a-38 PBX: (098) 4346792 Móvil: 314 237 4788
E-mail: agenciaflorencia@incihuilacom.co; comercial2@incihuilacom.co
Agencia Villavicencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13º Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396
E-mail: agenciavillavicencio@incihuilacom.co Móvil: 3502926772





INCINERADOS DEL HUILA S.A.S E.S.P

Nit. 813005241-0

Proteger la Salud y Preservar el Medio Ambiente



VIGILADO
Super Transporte

INCINERADOS DEL HUILA – INCIHUILA S.A.S. E.S.P.

CERTIFICA QUE:

La señora **ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA**, identificada con cédula de ciudadanía N° **55.208.236** expedida en Acevedo - Huila, laboró con la empresa **INCINERADOS DEL HUILA - INCIHUILA S.A.S. E.S.P.** en virtud de un **CONTRATO POR OBRA O LABOR CONTRATADA**, desempeñando el cargo de **OPERARIA SERVICIOS GENERALES** teniendo como fecha de inicio el día siete (07) de diciembre de 2022 hasta el día quince (15) de septiembre de 2023.

En constancia de lo anterior, se firma la presente en la ciudad de Neiva – Huila, el día quince (15) de septiembre de 2023.

Atentamente,

INCIHUILA S.A.S. E.S.P.
NIT. 813005241-0

CHANEL IVON CARDOSO CARDOZO
Coordinadora de Talento Humano (E)

Proyectó: Karen Cano
Talento Humano

Oficina Principal Neiva: Calle 11 No. 25-42 B/ 7 de Agosto PBX: (098) 8630403
Móvil: 3187116663 – 313 245 31 78 E-mail: par@incihuilacom.co - incihuilasa@gmail.com
Agencia Florencia: Calle 21 No. 11a-38 PBX: (098) 4346792 Móvil: 314 237 4788
E-mail: agenciaflorencia@incihuilacom.co; comercial2@incihuilacom.co
Agencia Villaviciencio: Carrera 44 B No. 16-67 Casa 13ª Conjunto Buque Alto PBX: (098) 6636396
E-mail: agenciavillaviciencio@incihuilacom.co Móvil: 3502926772





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE ACEVEDO
NIT 891 180 069 - 1

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE ACEVEO HUILA

CERTIFICA


Que conozco de vista, trato y comunicación a la señora **ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA**, identificada con la cédula de ciudadanía No.55.208.236. Expedida en Acevedo Huila, desde hace aproximadamente diez (10) años, residente junto con su familia en la vereda **LA CARBONA** de este Municipio, la cual se viene desempeñando durante dos años de trabajo de esta Administración como Auxiliar de Servicios Generales, quien ha demostrado ser una persona responsable, trabajadora, y cumplidora de sus obligaciones y respetuosa de las autoridades legalmente constituidas

La presente se expide por solicitud del interesado para fines personales:

Dada en Acevedo Huila, a los dieciséis (16) días del mes de Diciembre de Dos mil Once (2011).


NACIENCENO ORTIZ MONROY
Alcalde Municipal

¡Una mano amiga para Acevedo!
Carrera 4 Calle 9 Esquina Telefax 8317019
Acevedo - Huila

	MUNICIPIO DE ACEVEDO	PAGINA: 1 DE 1
	SECRETARIA DE GOBIERNO DESARROLLO SOCIAL Y TALENTO HUMANO NIT 891 180 069 - 1	CODIGO:F08-102
		VERSION: DOS
	CERTIFICACION LABORAL	FECHA:16-12-2011

CERTIFICA:

Que la señora **ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA**, Identificada con la cédula de ciudadanía No.55.208.236 Expedida en Acevedo (Huila). Viene prestando su servicios al Municipio, como Auxiliar de Servicios Generales, en el tiempo comprendido del 10 de Septiembre de 2009 a la fecha, en la modalidad de Orden de Prestación de Servicio.

Dada en Acevedo a los dieciséis (16) días del mes de Diciembre de Dos mil Once (2011).


HECTOR AUGUSTO ROJAS PUENTES
 Secretario de Gobierno Desarrollo Social y Talento Humano

E/Margoth

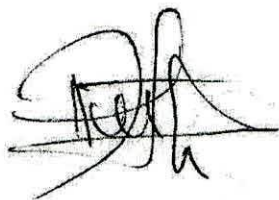
"Una Mano Amiga Para Acevedo"

Acevedo, 26 de noviembre de 2025

REFERENCIA PERSONAL

Yo EDGAR DUVAN LEGUIZAMO TRUJILLO identificado con cedula de ciudadanía No. 7.718.711 de Neiva Huila, hago constar que conozco a la señora ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA identificada con cédula de ciudadanía No. 55.208.236 de Acevedo Huila, desde hace 7 años, en lo cual doy fe que es una persona responsable, respetuosa y honesta.

Atentamente,




EDGAR DUVAN LEGUIZAMO TRUJILLO
C.C No. 7.718.711 de Neiva Huila
CEL. 3126104982

Acevedo, 26 de noviembre de 2025

REFERENCIA PERSONAL

Yo OSCAR FABIAN CASTAÑEDA ESPINILLA identificado con cedula de ciudadanía No. 1.004.034.524 de Garzón Huila, hago constar que conozco a la señora ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA identificada con cédula de ciudadanía No. 55.208.236 de Acevedo Huila, desde hace 22 años, en lo cual doy fe que es una persona responsable, respetuosa y honesta.

Atentamente,



OSCAR FABIAN CASTAÑEDA ESPINILLA
C.C No. 1.004.034.524 de Garzón Huila
CEL. 3008292644

Acevedo, 26 de noviembre de 2025

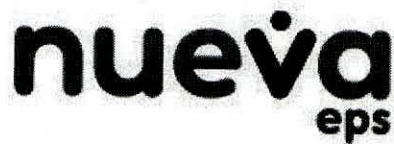
REFERENCIA PERSONAL

Yo YAQUELINE CASTAÑEDA ESPINILLA identificado con cedula de ciudadanía No. 1.007.337.155 de Bogotá D.C, hago constar que conozco a la señora ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA identificada con cédula de ciudadanía No. 55.208.236 de Acevedo Huila, desde hace 26 años, en lo cual doy fe que es una persona responsable, respetuosa y honesta.

Atentamente,

Yaqueline Castañeda Espinilla

YAQUELINE CASTAÑEDA ESPINILLA
C.C No. 1.007.337.155 de Bogotá D.C
CEL. 3103053349



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA identificado(a) con CC 55208236 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/01/2019

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: E.S.E. SAN FRANCISCO JAVIER

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes de noviembre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A



I.P.S. Massalud S.A.S.

NIT 900563300-5
CL 17 6-52
Quirinal Neiva Huila
Tel: 8642201-8718978
massaludips@hotmail.com

**DERECHOS Y DEBERES
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO
AUTORIZACIÓN DE ESTUDIOS DE
INVESTIGACIÓN**

CODIGO
PCA-FO-013

VIGENCIA A PARTIR DE:
22/10/2025

VERSION
09

PAGINA
1 de 1

DERECHOS QUE TENGO COMO PACIENTE

- A un trato personalizado, digno, humano y ético.
- A no ser discriminado por mi etnia, política, cultura, credo religioso o por su propia situación de salud.
- A recibir una atención segura y de excelente calidad.
- A ser informado de todo lo relativo a mi atención, teniendo en cuenta mi estado emocional y nivel de aprendizaje y a suscribir consentimientos informados.
- A una comunicación clara y comprensible.
- A la privacidad y al manejo confidencial de la información de su historia clínica.
- A decidir sobre su participación en actividades de docencia y de investigación.

DEBERES QUE TENGO COMO PACIENTE

- Cuidar de mi salud y la de los demás.
- Brindar un trato respetuoso y digno al personal asistencial y demás pacientes.
- Participar activamente y responsabilizarse de mi proceso de atención y tratamiento.
- Comprometerme con el consentimiento informado.
- Informar de forma clara y oportuna lo relativo a mi estado de salud, deterioro físico y circunstancias relacionadas con mi seguridad social.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos de la institución y del Sistema de Seguridad Social.
- Colaborar con el cumplimiento de las normas e instrucciones de la Clínica y del equipo tratante.

Yo, Estela Castañeda Esmilla identificado(a) con CC. 55208236 de Acevedo Huila, Lugar y fecha de Nacimiento 12 enero 1985 Con los siguientes datos de Contacto: Dirección: calle 8 253
Tel 3194832777 Correo casta.stella.85@gmail.com y en caso de emergencia informar a:
(registrar nombres, teléfono, parentesco: oscar fabian castañeda 3008292644 hijo)

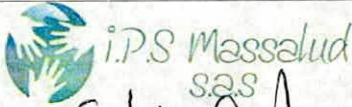
Autorizo a I.P.S. MASSALUD S.A.S. el manejo de mis datos personales conforme a la legislación vigente y realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. Me han explicado la naturaleza y su propósito. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar esta información, los beneficios, las limitaciones y sus riesgos con previa asesoría a la respectiva toma de la(s) prueba(s). Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realice el examen. Fui informado de las medidas que tomará la entidad para proteger la confidencialidad de mis resultados. Tengo derecho a solicitar y recibir copia de la valoración que me sea realizada.

Autorizo a la I.P.S. MASSALUD S.A.S. 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 Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Mi historia puede ser conocida por el médico de mi empresa y auditora, teniendo en cuenta que es una HISTORIA OCUPACIONAL. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. En la siguiente tabla se detallan los exámenes que me han solicitado. Entiendo y se me ha explicado que durante la realización de estos pueden surgir reacciones adversas descritas al lado de cada examen.

EXÁMEN	SOLICITADO	REACCIÓN ADVERSA	OBSERVACIONES	OBJETIVO
AUDIOMETRÍA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quedarme encerrado en la cabina	Si tengo sensación de oídos tapados o síndrome gripal informar, o esperar a realizar en otro momento, ya que puede alterar el resultado.	Determinar la agudeza auditiva.
PISCOLOGIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ninguna	Ninguna	Valoración estado mental y emocional
ESPIROMETRIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mareos, desmayos, debilidad.	Si tengo diagnósticos de aneurismas debo informar, pues no me pueden realizar el examen	Determinar alteración de la función pulmonar.
OPTOMETRIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ardor ocular, mareo.	Si uso lentes debo presentarlos.	Determinar agudeza visual.
VISIONOMETRIA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Equimosis, dolor, hematomas	Si tengo problemas de coagulación debo informar	De acuerdo con examen.
LABORARIO CLÍNICO	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Equimosis (morados en el lugar donde se colocan las chupas)	Su resultado no indica la presencia o ausencia de patología cardiaca.	Detección de arritmias.
ELECTROCARDIOGRAMAS	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Exposición a radiación	Informar si me han realizado radiografías recientes y traer imágenes.	Evaluación del parénquima pulmonar
RX TÓRAX	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Exposición a radiación.	Pueden solicitarme preparación con laxantes, informar si tengo recientes y traer imágenes o placas	Determinación de alteraciones óseas de la columna
RX COLUMNA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ninguna	Debe quedarse en ropa interior durante el examen físico	Debe emitirse un concepto
EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ninguna	Informar antecedentes relacionados: <input type="checkbox"/> MED GRAL <input type="checkbox"/> MED LAB <input type="checkbox"/> Fisiatría <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Nutrición y dietética <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Ortopedia y Traumatología <input type="checkbox"/> Fonoaudiología/ terapia de lenguaje	Debe emitirse un concepto/diagnostico
CONSULTA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ninguna		

- o Con la información suministrada para la historia clínica, autorizo a participar de estudios de investigación de tipo descriptivo, guardando las normas del código de ética médica. Estos informes se requieren para el Diagnóstico de Salud que por norma debe tener la empresa. SI NO
- o Certifico que me han devuelto el documento de identidad: SI NO

FECHA			FIRMA DEL USUARIO O REPRESENTANTE	HUELLA
DÍA	MES	AÑO		
27	11	20		



IPS MASSALUD SAS
 Prestador: 41001143801
 Dirección: CI 17 6-52 Quirinal Neiva Huila
 Teléfono: 3112198130-315 4115586
 E Mail: massaludips@hotmail.com

CONTROL DE EXAMENES Y RECOMENDACIONES
 PCA-FO-010 VERSION 10-VIGENTE A PARTIR DE 22/10/2025

USUARIO: Estela Ojeda DOCUMENTO: 55208236 FECHA DE EXAMEN: 27-11-25 EMPRESA: IPS Valdes
 Apreciado usuario: A continuación, encontrará, marcado con los exámenes que le han solicitado, es importante que no se retire de la institución hasta no haber culminado cada uno de los exámenes solicitados, si existe alguno que no realizamos en nuestra sede le estaremos informando. Si tiene Toma de muestras de laboratorio, electrocardiograma, radiografías u otros exámenes que no es posible entregar el resultado una vez se realicen, es importante que regrese para informarle y registrarle el resultado. Atendiendo a la Resolución 2346 de 2007-Art. 12 Tramite resultante de la evaluación médica ocupacional, si el profesional que lo atiende le informa que requiere controles por ERS, favor solicitar seguimiento

CONSULTA MÉDICA NO SI

CONSULTA MÉDICA SST NO SI

- Pre ocupacional.
- Periódica
- Egreso o Retiro
- Otro:

- Énfasis**
- Osteomuscular
 - Mental
 - BPM- Alimentos
 - Alturas
 - Covid
 - Espacio confinado
 - Seguridad vial
 - Cardiovascular
 - Dermatológico
 - Biológico
 - Brigadista
 - Químico
 - Radiación ionizante
 - Vascular periférico
 - Otro:

- CONSULTA MEDICINA LABORAL NO SI**
- CONSULTA MEDICINA GENERAL NO SI**
- OTRA CONSULTA NO SI**

Peso: 44 Kg
 Estatura: 1.41 m
 Índice de masa corporal <19-24.9>: 20.9 Kg/m²
 Perímetro abdominal: 71 cm
 Mujer: Menor de 90cm
 Hombre: menor de 94cm
 Frecuencia cardíaca <60-100 x minuto>: 77 X min
 Circunferencia cadera: 88
 Frecuencia Respiratoria: 20 X min
 Temperatura: 35.5
 Oximetría <95-100%>: 97 %
 PA-Sistólica: Menor de 120mm/Hg: 101
 PA-Diastólica: menor de 80mm/Hg: 67
 Mano dominante: Diestra
 Cadera: 88

- SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO APLAZADO
- NO CUMPLE PERFIL DEL CARGO SIN NOVEDAD PARA EL RETIRO SATISFACTORIO SIN CAMBIOS EN RELACION AL INGRESO CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS/ARL RECOMENDACIONES GENERALES
- AUTOCUIDADO Y PRÁCTICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD.
- DISMINUIR DE PESO: (1)-5 KG. (5)-10 KG. (10)-15 KG. (15)-20 KG. (MAYOR A 20KG).
- MODIFICACIÓN PATRONES DE ALIMENTACIÓN.
- REALICE ACTIVIDAD FÍSICA- CAMINE POR LO MENOS 30 MINUTOS, 3 VECES A LA SEMANA.
- PRACTIQUE ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y DE RELAJACIÓN - ALIMENTACIÓN BALANCEADA.
- USO DE MEDIAS CON GRADIENTE DE PRESIÓN
- ABANDONO CONSUMO CIGARRILLO.
- DISMINUIR CONSUMO DE ALCOHOL
- USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE. DIVISION PROXIMA ACTIVIDADES LECTO ESCRITURA OCASIONAL PARA VISIÓN LEJANA. ACTUALIZAR FORMULA CONTINUA CON FORMULA ACTUAL
- EVITAR CONDUCTAS DE RIESGO AUDITIVO EN AMBIENTES EXTRA LABORALES.
- SOLICITE CONTROL POR MEDICINA GENERAL.
- CONTROLES CON ENFOQUE DE RIESGO Y RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA SU SEXO Y EDAD.
- PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL ENFERMEDADES CRÓNICAS.
- MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL.
- SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.
- CONTROL EXÁMENES:
- VALORACIÓN MEDICINA LABORAL.
- VALORACIÓN POR ESPECIALISTAS EN:
- ATENCIÓN ARL
- VACUNACIÓN: COVID, FIEBRE AMARILLA, INFLUENZA, TETANOS, TRIPLE VIRAL, HIB.
- OTRO:
- DESPARASITACIÓN SUPERVISADA: SECNIDAZOL TABLETAS 500MG # 4 TOMAR EN UNA SOLA DOSIS (NO CONSUMIR ALCOHOL POR 2 SEMANAS) Y ALBENDAZOL TABLETA 200MG # 4 TOMAR 2 TABLETAS Y REPETIR EN 15 DÍAS

EVALUACIÓN VISUAL NO SI

Tamizaje visual Optometría

Objetivo: Evaluar condición de salud visual
 Antecedentes visuales de importancia: NO SI ¿Use corrección visual: NO SI
 ¿La presenta para la evaluación? NO SI
 Examen anterior: NO SI Resultado: Sin alteración Con alteración
 Riesgos ocupacionales: Síntomas: NO SI

AV	SC VL	CC VL	PH	SC VP	CC VP	TEST COLOR	Examen externo	Oftalmoscopia
OD	20/	20/	20	0.5	0.5			
OI	20/	20/	20/	0.5/	0.5/			
AO	20/	20/	20	0.5	0.5			

Estercepsis: Sin hallazgos Con hallazgos _____
 Motilidad ocular: Sin hallazgo Con hallazgos _____
 Observaciones: _____

- Sin hallazgos Z010, No requiere corrección.
- Con hallazgos H527, H521, H520, H522, H524, H535, H539, H535, H110
- Adecuadamente corregido, Inadecuadamente corregido, No corregido
- Hallazgos que requieren seguimiento
- Requiere corrección: Visión próxima, Permanente, Ocasional/descanso, Protección UV

LABORATORIO CLINICO NO SI

- HEMOGRAMA, FSP-ESP, RETICULOCITOS
- COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, TRIG.
- GLUCOSA HB GLICOSILADA
- ACIDO URICO,
- TGP, TGP, FOSFATASA ALCALINA,
- BILIRRUBINAS
- CREATININA, NITROGENO UREICO UROANALISIS
- FROTIS GARGANTA, KOK UNAS, COPROLOGICO.
- BACILOSCOPIA,
- AG HB, Ag SHB, VDRL
- TSH, T4, T3L, T4, T3,
- ANTIGENO PROSTATICO
- OTRO:

PRUEBAS RAPIDAS NO SI

- COVID -ANTIGENO
- TCH
- COC
- PANEL 5,
- PANEL 10
- DETECCIÓN DE ALCOHOL
- OTRA:

- NO SI ¿Las pruebas requieren ayuno?
 - NO SI ¿Se encuentra en ayuno? Última hora que consumió alimentos/bebidas.
 - NO SI ¿Comprende el propósito de los exámenes?
 - NO SI ¿Padece alguna enfermedad?
 - NO SI ¿Está consumiendo algún medicamento?
 - NO SI ¿Se tomaron todas las muestras solicitadas? ¿Por qué?
- Muestras pendientes: _____

AUDIOMETRIA NO SI

Tamizaje auditivo, Audiometría clínica

Objetivo: Evaluar condición de salud auditiva
 Cabina, Campo
 Reposo auditivo: NO SI Exposición a ruido: NO SI Tiempo: _____
 Uso EPS: NO SI Examen anterior: NO SI
 Resultado anterior: Sin alteración Con alteración, Antecedentes de importancia: NO SI
 Síntomas: NO SI Otoscopia: _____

VIA AEREA

	250	500	1	2	3	4	6	8	PTA	Pérdida %
OD										
OI										

VIA OSEA

	250	500	1	2	3	4		PTA	Pérdida %
OD									
OI									

0-25: Normal, Leve (26-40), Moderado (41-55), Moderado severa (56-70), Severo (71-85), Profunda Mayor (85)
 Re-test: NO SI
 Sin hallazgos Z011

- Con hallazgos H932 (alteración frecuencias PTA Normal).
- Con hallazgos H919 (alteración frecuencias PTA alterado).
- Con hallazgos H932 (CUAT) OD OI, Con hallazgos H919 (CUAP) OD OI, otros hallazgos: OD OI
- Audiometría confirmatoria Audiometría clínica, Audiometría de control en _____ meses
- Valoración Otorrino, PVE Conservación auditiva, Uso de elemento de protección auditiva si hay exposición.
- Recomendaciones extra laborales**
- SI utiliza diadema, radio, manos libres, bluetooth cambie de oído cada dos horas. Mantenga el volumen bajo

ESPIROMETRIA NO SI

Objetivo: Evaluar la capacidad pulmonar
 Antecedentes de importancia: NO SI
 Síntomas Respiratorios: NO SI
 Exposición a sustancias químicas: NO SI
 Fumador: NO SI, Ex fumador: NO SI
 Físicamente activo: NO SI
 Examen anterior: NO SI
 Resultado: Sin alteración Con alteración

Parámetro	1	2	3
FVC Mayor a 80%			
FEV1 Mayor a 80%			
PEF Mayor a 80			

- Técnica Adecuada Inadecuada
- Número de pruebas: _____
- Reproducibilidad: NO SI
- Sin hallazgos Z018 Patrón Normal volúmenes y flujo normales
- Con hallazgos R942
- No realizada Z53
- Patrón Normal con volúmenes normales, tendencia obstructiva (flujos disminuidos)
- Patrón restrictivo (FVC disminuido, FEV1 disminuido, Tífnau Normal)
- Patrón obstructivo con FVC Normal (FEV1 disminuido, Tífnau disminuido).
- Patrón obstructivo con FVC disminuido (FEV1 disminuido, Tífnau disminuido).
- Leve 79-80, Moderado 64-50, Severo menor de 50
- Control Confirmatorio, Control en 6 meses Anual o según SVE
- PVE Control por Neumología Radiografía de tórax

ELECTROCARDIOGRAMA NO SI

Objetivo: Evaluar ritmo cardíaco

RADIOGRAFIAS: NO SI:

- TORAX, DORSOLUMBAR, LUMBOSACRA, OTRA:
- ¿Presenta contraindicaciones para la realización de la prueba? NO SI

VALORACION OSTEOMUSCULAR- ERGONOMICA NO SI

INYECTOLOGIA NO SI

OTRO: NO SI: ¿Cuál?

PSICOLOGIA NO SI

- Objetivo: Evaluar condición de salud mental
- ENTREVISTA INGRESO/PERIODICO
 - PSICOLOGIA- CONDUCTORES
 - TEST COORDINACION PSICOMOTRIZ
 - PSICOLOGIA TAREAS DE ALTO RIESGO (TAR) ALTURAS, ESPACIO CONFINADO, ELECTRICO)
 - PSICOTECNICA: EVA, PERSONALIDAD, COMPETENCIAS, OTRA



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **55.208.236**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de Vacunación

Nombres:

Estela

Apellidos:

Castaneda Espinillo

Documento de identidad:

C.I. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No.

55 208 276

Fecha de nacimiento:

Día 12 Mes 01 Año 19 85

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	07	DIC 2021	AstraZeneca Oxford	120122	KSE MARIA VILLADORA	Magaly Pineda F.	
	2			8 Hen 2022			



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:43:00 PM horas del 25/11/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 55208236

Apellidos y Nombres: **CASTAÑEDA ESPINILLA ESTELA**

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.



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: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-
atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 284993059



PIB
21:40:57
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de noviembre del 2025

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) ESTELA CASTAÑEDA ESPINILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 55208236:

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>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento 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.



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 martes 25 de noviembre de 2025, a las 21:39:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	55208236
Código de Verificación	55208236251125213921

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado