FORMATO ÚNICO

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*
PARRADO	ORTEGA	YARICEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1121827749	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 26 MES 06 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 1B 47B 07 CASA LEON XIII

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3134121835 EMAIL yaricelparrado@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*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° (X)	MES	12	AÑO	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		LICENCIATURA EN PRODUCCION AGROPECUARIA	12	2012	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	60	X		EVALUACION DE IMPACTOS AMBIENTALES PARA LA APLICACION DE MEDIDAS DE MANEJO	04	2014
CENACAP	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	96	X		TICS	03	2017
CENACAP	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		PLATAFORMA BLACKBOARD 9.1	12	2018
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Orientar formacion presencial de acuerdo con procedimientos tecnicos y normativa	09	2023
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Monitorear Labor Agricola segun parametros y metodos tecnicos	11	2023

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACION AMANECER		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2014	*Día*	07	*Mes*	05	*Año*	2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
087/2010 TECNICO AGROPECUARIO	AGROPECUARIO	CALLE 33A 11G null ESTE BARRIO CAMINO REAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MURCIA E HIJOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3163563875	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AGRICOLA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3134121835	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	17	*Mes:*	02	*Año:* 2025	*Día:*	15	*Mes:*	12	*Año:*	2025	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* VIA PUERTO LOPEZ HACHON						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3143322873	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	05	*Mes:*	02	*Año:* 2024	*Día:*	19	*Mes:*	12	*Año:*	2024	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* via puerto lopez HACHON CAM						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3134121835	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	08	*Mes:*	02	*Año:* 2023	*Día:*	21	*Mes:*	11	*Año:*	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* VIA PUERTO LOPEZ MM12 HACHON						

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3112229090	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	07	*Mes:*	02	*Año:* 2022	*Día:*	07	*Mes:*	12	*Año:*	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* RURAL						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 3112229090	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	03	Mes:	09	Año: 2021	Día:	22	Mes:	12	Año:	2021
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: via peurto lopez Hachon CAM					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 3112229090	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	05	Mes:	11	Año: 2020	Día:	16	Mes:	11	Año:	2020
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: VIA PUERTO LOPEZ KM 12 HACHON					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: INSTITUTO LIDERES DEL FUTURO			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS: 3115511680	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	10	Año: 2012	Día:	30	Mes:	04	Año:	2013
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: BASICA SECUNDARIA					DIRECCIÓN: CALLE 42A N 16B 60 ESTE BARRIO COVISAN					

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	0	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	1
EXPERIENCIA DOCENTE	2	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio, Enero 2026

TATICEI PARRADO

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.

Angelica Rocio Peña Sanchez

Firmado digitalmente por Angelica Rocio Peña Sanchez
Fecha: 2026.01.23 14:23:00 -05'00'

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-01-06 18:55

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YARICEL		PARRADO	ORTEGA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121827749

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$47.834.914,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$47.834.914,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MOTOCICLETA	COLOMBIA	META	ACACÍAS	$5.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

TAFICEL PARRADO

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YARICEL PARRADO ORTEGA identificado(a) con CC 1121827749 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/07/2014
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC SAS-VILLAVICENCIO-PGP
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de diciembre 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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YARICEL PARRADO ORTEGA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.827.749**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

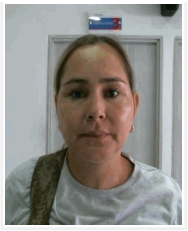
Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CONFIANZA IPS SAS
NIT: 901.467.026-4
Dir: **Carrera 36 # 33 - 08**
Celular: **321 930 5433**
Correo: **administracion@confianzaips.com**
www.confianzaips.com

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024:2012
23-CEP-038



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 14851**

Fecha: 27/12/2025 7:58 a.m. **Ciudad:** VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA)
Tipo Exámen: INGRESO **Eps:** NUEVA EPS
CC: 1121827749 **Nombre:** PARRADO ORTEGA YARICEL **Edad:** 39 AÑOS 6 MESES 1 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 26/06/1986 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
PARTICULARES	INSTRUCTORA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

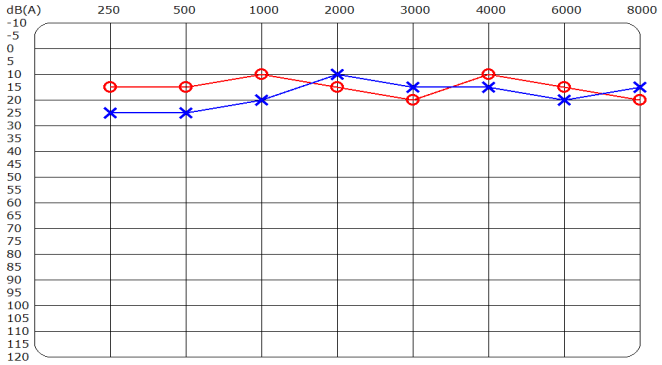
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	CARRO	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX 170 **F. Ultima Calibración:** 2024-12-28

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: TAPON CERUM PARCIAL
Oído izquierdo: CAE: NORMAL ; M.T: I

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	10	15	20	10	15	20
VAOI	25	25	20	10	15	15	20	15

PTA Oido derecho: 15.00 **PTA Oido izquierdo:** 17.50

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 20 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 20 dB)

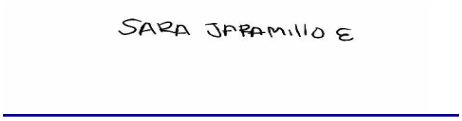
Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES DE 500 HZ, 1000 HZ, 2000 HZ Y EN FRECUENCIAS AGUDAS DE 3000 HZ, 4000 HZ, 6000 HZ Y 8000 HZ
-CONTROL AUDITIVO ANUAL
-REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL
- USE AMBOS OÍDOS CUANDO ESTÉ ATENDIENDO ALGUNA LLAMADA TELEFÓNICA, SI ESTA ACTIVIDAD DURA MUCHO TIEMPO PROCURE CAMBIAR OCASIONALMENTE DE OREJA PARA EVITAR CANSAR SU AUDICIÓN.

FONOAUDIÓLOGO



Firma:

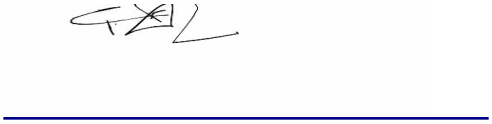
Nombre: CC: 1020480402 - SARA DEL CARMEN JARAMILL

R. M.: 1020480402 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

Q1019W2C14851

TRABAJADOR



Firma:

Nombre: PARRADO ORTEGA YARICEL

CC 1121827749

CONFIANZA IPS SAS
NIT: 901.467.026-4
Dir: **Carrera 36 # 33 - 08**
Celular: **321 930 5433**
Correo: **administracion@confianzaips.com**
www.confianzaips.com

ISO/IEC 17024:2012
23-CEP-038

RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) **Fecha:** 27/12/2025

Número de Identificación: 1121827749 **Nombre:** PARRADO ORTEGA YARICEL **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 26/06/1986 **Edad:** 39 AÑOS 6 MESES 1 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE PAQUETE PERFIL LIPIDICO

PERFIL LIPIDICO

EXAMEN	RESULTADO	VALORES NORMALES
COLESTEROL TOTAL	208	**HASTA 200 mg/dl**
TRIGLICERIDOS	99.1	**HASTA 150 mg/dl**
COLESTEROL HDL	46	**25-65 mg/dl**
COLESTEROL LDL	142.1	**<150 mg/dl**

Metodo: Enzimatico colorimetrico

Tecnica: Espectrofotometria

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: BUSTACARA GOMEZ LEIDY JOHANNA

RM: 0941

Codigo de Seguridad
Q1019W32C35008

Paciente

Firma:

Nombre: PARRADO ORTEGA YARICEL

CC: 1121827749

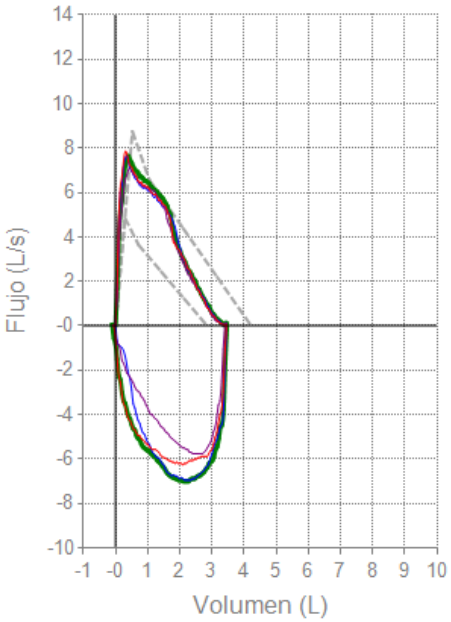
Resultados prueba de función pulmonar

ID del paciente	1121827749
Apellido	PARRADO ORTEGA
Nombre	YARICEL

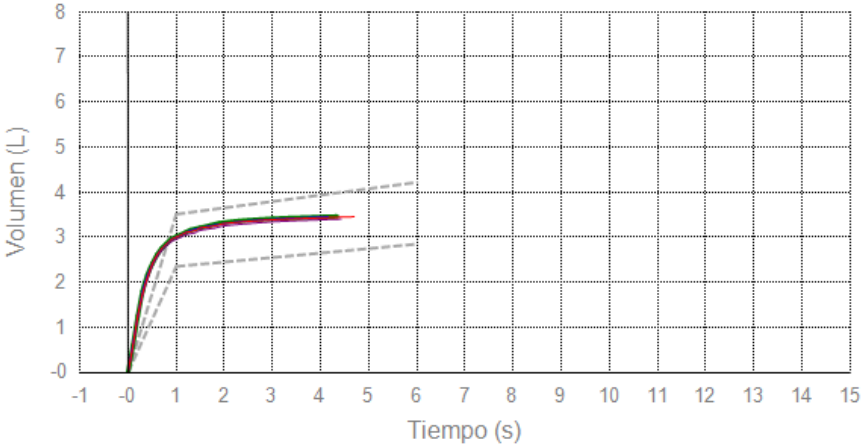
Femenino | 160 cm | 74 kg | BMI: 28.91 | Mexicano americano
26/6/1986 (39 años) | No fumador | Paquete anual: 00

FVC PRE | FEV1 PRE | FEV1/FVC PRE

PRE 4 PRE 3 PRE 2 PRE 1



PRE 4 PRE 3 PRE 2 PRE 1



Grado de control de calidad PRE: FVC A, FEV1 A

Ensayos aceptables: 3

Interpretación

Espirometría normal

Fecha de ensayo 27/12/2025 08:15

Parámetros		LLN	Pred	PRE	%Pred	Z-Score	PRE#1	PRE#2	PRE#3
FVC	L	2.84	3.53	3.46	98.05	-0.17	3.46*	3.45	3.40
FEV1	L	2.35	2.93	3.02	103.17	0.26	3.02*	3.01	2.97
FEV1/FVC	%	74.16	83.48	87.28	104.55	0.67	87.30	87.20	87.40
FEV6	L	2.80	3.47	3.46	99.73	-0.02	3.46*	3.45	3.40
FEV1/FEV6	%	76.44	85.07	87.30	102.63	0.43	87.30*	87.20	87.40
PEF	L/s	4.86	6.81	7.85	115.32	0.88	7.66	7.68	7.13
FEF2575	L/s	2.01	3.29	3.72	113.03	0.55	3.72*	3.75	3.62
FET	s	-	-	4.34	-	-	4.34*	4.16	4.43
ELA	Years	-	40	87	220.23	-	87*	87	89
FEV1/VC	%	-	-	-	-	-	-	-	-

BTPS 1.082 - Temperatura: 27 °C (80 °F) - Predicho: NHANESIII - Posición: No especificado

Best values *

Anotaciones

Reported by :

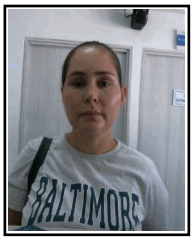
Performed by :

Instrumento usado
Spirobank II Smart s/n U08228
Last calibration applied: 2/9/2025 11:37

CONFIANZA IPS
GESTORES EN SALUD

CONFIANZA IPS SAS
Nit: 901.467.026 - 4
Dirección: Carrera 36 No 33 A - 08
Cel: 312 433 2036
E-mail: administracion@confianzaips.com
Web: www.confianzaips.com

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024:2012
22-CEP-070



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.600

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	01 MES	2024 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

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

PARRADO ORTEGA YARICEL	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	37 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS	CC	1121827749
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | APTO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

Visiometria	✓	GLICEMIA EN AYUNAS	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	Prueba Psicologica DISC	✓
Examen Medico Ocupacional Ingreso	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 mí 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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: PEÑA VANEGAS NINI JOHANA

R. M.: 30937322 **L.S.O.:** 6863

Código de Seguridad
A1019G1M7600

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PARRADO ORTEGA YARICEL

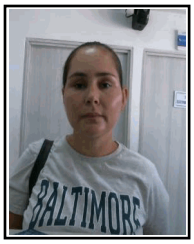
CC: 1121827749

Scanned with CamScanner

CONFIANZA IPS SAS

Nit: 901.467.026 - 4
Dirección: Carrera 36 No 33 A - 08
Cel: 312 433 2036
E-mail: administracion@confianzaips.com
Web: www.confianzaips.com

ISO/IEC 17024:2012
22-CEP-070



EXAMEN DE Optometría

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 6,282**

Fecha: 26/01/2024 10:24 a.m. **Municipio:** VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) **CC:** 1121827749 **Nombre:** PARRADO ORTEGA YARICEL
Edad: 37 AÑOS **Género:** FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** INGRESO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: VILLAVICENCIO **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
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	05M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	05M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	05M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ = 4150/4150*0**
OJO DERECHO: **K´ = 4150/4150*0**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **N** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **N** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **05M** ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **05M** ADD

VISIÓN COLOR

Scanned with CamScanner

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST DE ISHIHARA NORMAL

TEST DE ESTEREOPSISIS 40 SEG DE ARCO

OPTOMETRA

Firma:

Nombre: HERRERA BEDOYA LILIANA GRACIELA

R. M.: 0996 **L.S.O.:** 0

Código de Seguridad

C1019I3O6282

PACIENTE

Firma:

Nombre: PARRADO ORTEGA YARICEL

CC: 1121827749

Scanned with CamScanner

CONFIANZA IPS GESTORES EN SALUD	**CONFIANZA I.P.S** Gestores en Salud INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES: Parrado Ortega Yaricel

EDAD: 37	**LUGAR DE RESIDENCIA**: Villavicencio-Meta	**FECHA DE NACIMIENTO**: 26/06/1986
No. DE IDENTIFICACIÓN: 1121827749	**GRADO DE INSTRUCCIÓN**: Universitario	
CARGO: Instructora	**EMPRESA:** Particular	

FECHA DE EVALUACIÓN: 26-01-2024

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Valoración Psicológica

OBJETIVO

Realizar un acercamiento con el candidato, teniendo en cuenta el comportamiento en términos de tres contextos específicos; el primero, en un contexto natural básico de la persona, el segundo, en un contexto social de adaptación ante el entorno, y el tercer contexto, bajo condiciones de presión laboral.

PROCEDIMIENTO

Se realiza la prueba DISC siguiendo cada uno de los pasos indicados en el instructivo.

Se desarrolla a través del manejo de 4 factores que son:

D: Decisión / Dominancia
I: Interacción / Influencia
S: Serenidad / Estable
C: Cumplimiento / Concienzudo

Scanned with CamScanner

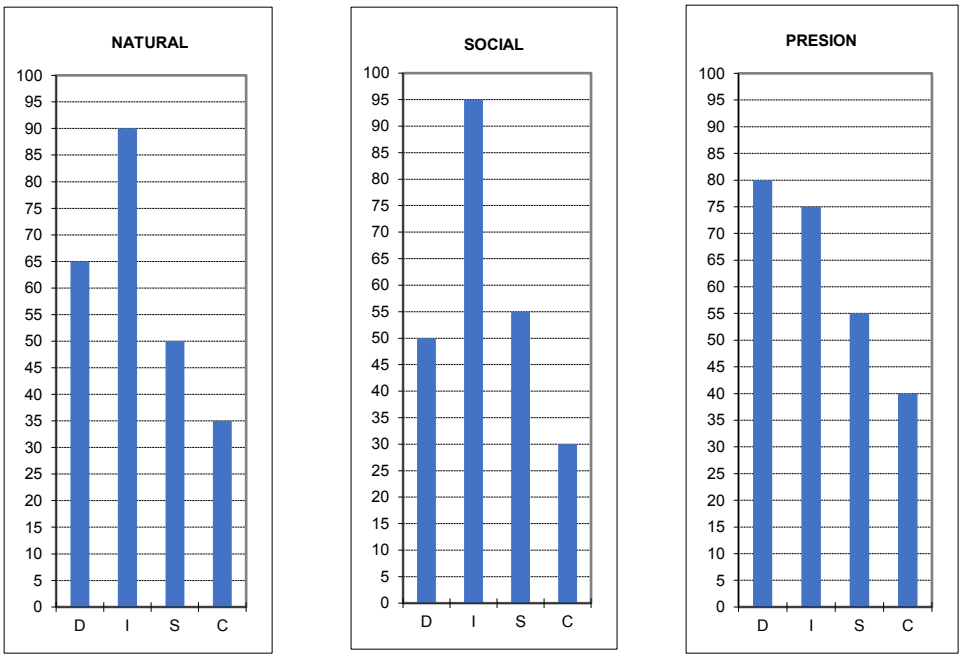
I: Los resultados arrojan predominancia en el componente **(I) Influyente,** lo cual puede indicar que su energía suele canalizarla a las relaciones personales, su comportamiento puede ser el resultado de la extroversión y la emoción, por lo que su energía la dirige a las personas, al parecer es una persona abierta, locuaz, inspiradora, también puede ser descuidado, impulsivo y poco discreto, suele tener muchos amigos. Característica que acentúa una postura orientada hacia otras personas buscando ser persuasivo. Busca el reconocimiento de las personas y evitar ser rechazado.

Se caracteriza por ser:

Persuasivo: Puede manejar las palabras y las ideas para estimular a que personas cumplan una determinada acción en un momento especifico
Sociable: Cuenta con características de empatía, inteligencia emocional, capacidad de escucha, capacidad de comunicación asertiva, capacidad de busca soluciones.
Optimista: Puede ver el lado positivo de las cosas, puede creer que las cosas van a salir bien, cree que tiene la capacidad y la habilidad de hacer que las cosas salgan bien.
Carismático: Puede mostrar una cara amable y se puede distinguir por la admiración que se tiene a ellas

Temor básico: Rechazo
Motivadores: Reconocimiento de las personas
Aportes: Trabajar con y para las personas
Fortalezas: Apertura de negocios

Datos estadísticos bajo la característica normal, bajo presión y comportamiento social.



CONFIANZA IPS GESTORES EN SALUD
Scanned with CamScanner

Comportamiento Natural: Dentro de la gráfica del factor (normal) se puede observar predominancia en el componente **(I) Influencia** con 90% y una mínima en el componente **(C) Conformidad** con 35% lo que implica un estilo de comportamiento cuando se encuentra en situaciones libres de influencia exterior, el candidato en este caso tiene una tendencia a:

ALTA Influencia sobre los otros y BAJA Conformidad: Tiende a ser un seguidor de sistemas y orden. Toma decisiones basadas en hechos y situaciones anteriormente conocidas. Trata de manera meticulosa de seguir patrones que fueron establecidos por sí mismo o por los otros.

Comportamiento Social: Dentro de la gráfica del factor se puede observar predominancia en el componente **(I) Influencia** con 95% y una mínima en el componente **(C) Conformidad** con 30%; que muestra los rasgos de adaptación de la persona ante el entorno.

ALTA Influencia sobre los otros y BAJA Conformidad: Muestra autoconfianza en la mayoría de sus relaciones con los demás. A pesar de estar siempre tratando de buscar un acuerdo, es bastante renuente para cambiar su propio punto de vista, piensa que no importa cuál sea la situación en sí, pues, siempre será capaz de actuar para obtener resultados.

Comportamiento bajo presión: Dentro de la gráfica del factor se puede observar predominancia en el componente **(D) Dominancia** 80% y una mínima en el componente **(C) Conformidad** con 40%; lo cual permite visualizar los rasgos básicos de reacción bajo situaciones de estrés.

ALTA Dominancia y BAJA Conformidad: Es una persona que actúa positivamente y de forma directa frente a la oposición, ya que se muestra de carácter fuerte, que toma una posición y lucha por ella. Generalmente le gusta aprovechar las oportunidades,

Evaluado por:

Confianza IPS.

Scanned with CamScanner

CONFIANZA IPS SAS
Nit: 901.467.026 - 4
Dirección: Carrera 36 No 33 A - 08
Cel: 312 433 2036
E-mail: administracion@confianzaips.com
Web: www.confianzaips.com

ONAC ACREDITADO
ISO/IEC 17024:2012
22-CEP-070

RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) **Fecha:** 26/01/2024
Número de Identificación: 1121827749 **Nombre:** PARRADO ORTEGA YARICEL **Genero:** FEMENINO
Fecha de Nacimiento: 26/06/1986 **Edad:** 37 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS **Estado Civil:** SOLTERO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA EN AYUNAS

QUIMICA CLINICA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA EN AYUNAS	78	**70-105 mg/dl**

Metodo: Enzimatico colorimetrico

Tecnica: Espectrofotometria

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: BALLESTAS MONTERROSA TERESA DE JESUS
RM: 051

Codigo de Seguridad
P1019V32B9263

Paciente

Firma:

Nombre: PARRADO ORTEGA YARICEL
CC: 1121827749

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 20/01/2026

No. 26360110000336

INFORMACIÓN GENERAL

1. Tipo de Novedad	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil
ACTUALIZACIÓN PORTAL	01/09/2021		

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

5. Tipo de Documento	6. No. de Documento	7. D.V.	8. Tipo de Persona	9. Régimen Industria y Comercio
CC	**1121827749**	8	NATURAL	Común () – Simplificado(**X**)

10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente
PARRADO ORTEGA YARICEL

11. ¿Gran Contribuyente?	12. ¿Agente Retenedor?	13. ¿Contribuyente Temporal?	14. ¿Declara Alumbrado?

REPRESENTANTES LEGALES

Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL

15. Tipo de Documento	16. No. de Documento	17. Nombres y Apellidos	18. Tarjeta Profesional
CC			

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

19. Dirección Fiscal	20. Departamento	21. Ciudad o Municipio
DIAGONAL 3 # 3 - 3, MANZANA 5 CASA 1	META	VILLAVICENCIO

22. Barrio	23. Correo Electrónico	24. Teléfono	25. Celular
SAN ANTONIO	YARICELPSAFF@GMAIL.COM	3134121835	3134121835

ACTIVIDADES ECONOMICA

Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8523-0	EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA Y DE FORMACIÓN LABORAL	09/06/2021	
8523-0	Educación media técnica y de formación laboral	20/01/2026	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre	Dirección	Teléfono	Fecha Apertura	Fecha Cierre

Al firmar declaro que toda la información proporcionada con este formulario es verdadera y completa.
He leído y acepto los términos y condiciones del manejo de datos y la notificación por correos electrónicos.

Representante Legal o Propietario	Código de Verificación
YARICEL PARRADO	
Nombre: **PARRADO ORTEGA YARICEL** No. Identificación: 1121827749	

**** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 1121827749 - FECHA: 20/01/2026 ****