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*
DE LA BARRERA	PATERNINA	ORQUIDEA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1047420317	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 01 AÑO 1990

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CÓRDOBA

MUNICIPIO MOÑITOS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 19 37J 18 Barrio Marsella

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 7777777 EMAIL orquideadelabp@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	12	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	1	X		ESPECIALIZACION TECNOLOGICA EN GESTION EN LABORATORIOS DE ENSAYO Y CALIBRACION - NORMA	11	2017	
PREGRADO	10	X		QUIMICA	12	2014	PQ- 5396

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*
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa-NIVEL INTERMEDIO	12	2021

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 Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	28	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	18	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESOR CIENCIAS BASICAS	*DEPENDENCIA* AREA CIENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 32 35 19 BARRIO SAN FERNANDO				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106278137	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	05	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1050 INSTRUCTORA	*DEPENDENCIA* BANCO DE INSTRUCTORES						*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40 urbanización Guayuriba				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106278137	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1050 INSTRUCTORA	*DEPENDENCIA* BANCO DE INSTRUCTORES					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106278137	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	17	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1050 INSTRUCTORA	*DEPENDENCIA* BANCO DE INSTRUCTORES					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSULTORIA INTERVENTORIA & FORMACION S.A.S			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3218290612	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	11	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE CALIDAD Y MEDI	*DEPENDENCIA* AAMBIENTAL					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2021	*Día*	12	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR	*DEPENDENCIA* AREA DE INSTRUCTORES					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 6 40						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA CAPACITACION					*DIRECCIÓN* CARRERA 48N 7 40 Urb. Guayuriba-Villavicencio						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO DE LA SALLE- CARTAGENA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año* 2020	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DE AREA Y DOCENTE	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* CRA 34 # 17-244, TORICES					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO DE LA SALLE CARTAGENA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6517060	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE AULA	*DEPENDENCIA* DOCENCIA CIENCIAS NATURALES					*DIRECCIÓN* Cra 34 No. 17 - 244, Torices, Paseo de Bolívar.					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CLEANLAB S. A. S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3005500479	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL QUIMICA	*DEPENDENCIA* ACCIONES REGULARES DE SERVICIO					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO DE LA SALLE- CARTAGENA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	04	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE AULA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 34N 17 244 . Torices, Paseo de Bolívar.					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GIMNASIO BILINGUE ALTAMAR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6609704	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	17	*Mes*	04	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE AULA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION BEVERLY HILLS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6925240	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE AULA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONGREGACION DE LAS ESCUELAS CRISTIANAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	03	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE AULA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION BEVERLY HILLS SCHOOL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6925240	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	08	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE AULA	*DEPENDENCIA* ACADEMICA DOCENCIA					*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	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:* 2022	*Día:*	21	*Mes:*	12	*Año:*	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO NO APLICA	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 - 7 40 URBA. GUAYURIBA						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SENA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:* 2021	*Día:*	12	*Mes:*	12	*Año:*	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO MATEMATICAS Y CIENCIAS NATURALES	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 - 7 40 URBA. GUAYURIBA						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL APRENDIZAJE SENA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	06	Mes:	08	Año:	2020	Día:	15	Mes:	12	Año: 2020
AREA DE CONOCIMIENTO: MATEMATICAS Y CIENCIAS NATURALES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 BARRIO GUAYURIBA				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLLEGE LA SALLE			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOLÍVAR	MUNICIPIO: CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	14	Mes:	01	Año:	2020	Día:	30	Mes:	11	Año: 2020
AREA DE CONOCIMIENTO: MATEMATICAS Y CIENCIAS NATURALES	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CARRERA 17 - 34 244 BARRIO TORICES				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLLEGE LA SALLE			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOLÍVAR	MUNICIPIO: CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	14	Mes:	01	Año:	2019	Día:	30	Mes:	11	Año: 2019
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CARRERA 34 - 17 244 BARRIO TORICES				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: COLLEGE LA SALLE			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOLÍVAR	MUNICIPIO: CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	24	Mes:	04	Año:	2018	Día:	30	Mes:	11	Año: 2018
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: CARRERA 34 - 17 244 BARRIO TORICES				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: CONGREGACION DE LOS HERMANOS DE LAS ESCUELAS CRISTIANAS			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: BOLÍVAR	MUNICIPIO: CARTAGENA DE INDIAS				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	10	Mes:	03	Año:	2016	Día:	30	Mes:	11	Año: 2016
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: EDUCACION MEDIA						DIRECCIÓN: ANILLO VIAL - MZ 77 SECTOR 1 URB. CIUDAD DEL				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COORPORACION BEVERLY HILLS SCHOOL		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	*MUNICIPIO* CARTAGENA DE INDIAS				*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	19	*Mes:*	08	*Año:*	2015	*Día:*	09	*Mes:*	03	*Año:*	2016
AREA DE CONOCIMIENTO MATEMATICAS Y CIENCIAS NATURALES	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA				*DIRECCIÓN* CARRERA 2 - 67 44 Barrio Crespo					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	4
EXPERIENCIA DOCENTE	5	5

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, 22 de enero de 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Angelica Rocio Peña Sanchez

Firmado digitalmente por Angelica Rocio Peña Sanchez
Fecha: 2026.01.26 21:57:32 -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	2026-01-23 09:11

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ORQUÍDEA	PATRICIA	DE LA BARRERA	PATERNINA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1047420317

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CÓRDOBA	MOÑITOS

Lugar de domicilio

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$6.840.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$23.958,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$1.800.000,00
TOTAL	$8.663.958,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.450,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO DAVIVIENDA	$27.000.000,00
PLAN DE CELULAR CLARO	$65.000,00
TARJETA DE CREDITO NU	$1.000.000,00
TARJETA DE CREDITO TUYA	$1.450.000,00
SERVICREDITO	$1.800.000,00
SERFINANZA	$3.400.000,00

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
CESAR	AUGUSTO	SOLANO	POLO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1047367305

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:

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	(a registrar por la EPS)

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
DELABARRERA	PATERNINA	ORQUIDEA	PATRICIA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1047420317	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Moñitos	Colombia	Córdoba	Moñitos	10 01 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad	Si ☐ No ☐	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	Porvenir	$ 2'000.000	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cra 4 # 9-154 vereda Buenavista - sector villa María.	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3106278137	Orquideadelabp2.0@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
META	VILLAVICENCIO		Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		

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	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar 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			

FEV Documento generado electrónicamente

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
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. Inscripcion 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 (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	26/01/2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 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.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 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.
- [ ] 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 la requieran.
- [ ] 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 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. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jacqueline De M.	

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 Y/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	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

OBSERVACIONES:

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 de Radicación	Sticker procesamiento

B. REPORTE DE NOVEDADES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.047.420.317**

DE LA BARRERA PATERNINA

APELLIDOS

ORQUIDEA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-1990**

MOÑITOS
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-MAY-2008 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0500100-00077462-F-1047420317-20080924 **0003**672170A 1 28230947

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:

ORQUIDEA PATRICIA DE LA BARRERA PATERNINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.420.317**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2026.

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.

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 26C # 37-38, barrio 7 de Agosto
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CÓD	F-EO-01-FI
VERSIÓN	01
FECHA	15-JUL-2013
Pág 1 de 1	

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO # Orden: 57850 Fecha: 2026-01-22 09:08:55

DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 CIIU: SECTOR: -

ENT. MISIÓN: PARTICULARES NIT: 01 CIUDAD: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ORQUIDEA PATRICIA APELLIDOS: DE LA BARRERA PATERNINA

IDENTIFICACIÓN: 1047420317 FECHA DE NACIMIENTO: 10 de Enero de 1990 EDAD: 36

ESTADO CIVIL: UNION LIBRE NIVEL EDUCATIVO: ESPECIALIZADO CARGO: INSTRUCTOR

ARL: POSITIVA EPS: SANITAS S.A. E.P.S. AFP: Porvenir

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Audiometria, Anexo Osteomuscular, Perfil Lipidico, Glicemia En Ayunas, Optometria, 16pf, Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Sin Recomendaciones

¿El paciente cuenta con patologias preexistentes suceptibles al COVID-19?: No

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

RECOMENDACIONES

1. Inicie programa de modificación de estilo de vida (dieta y ejercicio).
2. Ubique pantalla del computador a distancia de 50-60 cm de los ojos para reducir esfuerzo de enfoque.
3. Utilice corrección óptica prescrita de manera permanente durante labor para asegurar nitidez visual.
4. Solicite a través de su EPS una cita con Médico internista para el control de los niveles de lípidos.
5. Realice ejercicios de estiramiento suave durante las pausas para reducir la tensión muscular acumulada por la inmovilidad.

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido 3) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Adecuada iluminación del puesto de trabajo 2) Control Optometria en 1 año 3) Educación en higiene visual 4) Pausa activa visual 5) Uso de lentes de descanso

Dra. Maryeri Rey Cruz
Médico Especialista S S T
RM 1121830996
Lic 4921-18



Atendido por: REY CRUZ NELLY MARYERI
Registro Médico:
Licencia S.O.:

Paciente: DE LA BARRERA PATERNINA ORQUIDEA PATRICIA
Identificación: 1047420317

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: DE LA BARRERA PATERNINA ORQUIDEA PATRICIA		Identificación: 1047420317	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 10 de Enero de 1990	Edad: 36
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 57850	Fecha: 2026-01-22
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

EXPOSICIÓN A RIESGOS OCUPACIONALES OCULARES EN EMPRESA ACTUAL Y/O ANTERIORES

Tipo de Riesgo		T. Exposición		Uso Protección	Protección Visual
		Acumulada	Diaria		
Químicos (humos,gases, vapores, polvos)	No	-	-	No	-
Radiación Ultravioleta o Infrarroja (soldadura, hornos)	No	-	-	No	-
Mecánico (Proyección de Partículas)	No	-	-	No	-
Iluminación Inadecuada	No	-	-	No	-
Uso de Video Terminales	No	-	-	No	-

Observaciones: Ninguna

ANTECEDENTES PERSONALES

Generales		Oculares	
Hipertensión Arterial	No	Cirugía Ocular	No
Diabetes	No	Queratocono	No
Hipoglicemia	No	Glaucoma	No
Toxoplasmosis	No	Catarata	No
Cefalea	No	Retinopatía	No
Trauma craneoencefálico	No	Desprendimiento de Retina	No
Otros Antecedentes	No	Ambliopía	No
Cuales: -		Estrabismo	No

Problemas de Refracción: No	Cuales?: -	Tiempo Evolución (años): -	Corregido: Lentes de Contacto
Frecuencia de Uso:	Tiempo Transcurrido desde el ultimo examen visual: 12	Tiempo transcurrido desde el ultimo cambio de formula:	

SIGNOS Y SINTOMAS

Ardor Ocular	No	Cansancio Ocular	No	Cefalea	No
Disminución agudeza visual lejana	No	Disminución agudeza visual próxima	No	Dolor Ocular	No
Fotofobia	No	Irritación ocular	No	Lagrimeo	No
Miodesopsias	No	Prurito Ocular	No	Salto de Renglones	No
Secreciones	No	Visión doble	No		

Observaciones: Ninguna

EVALUACIÓN

	A. Agudeza Visual				B. Lensometría	
	Sin Correción		Con Correción		Sin Correción	Con Correción
	Visión Lejana	Visión Proxima	Visión Lejana	Visión Proxima		
Ojo Derecho	20/25	0.50M	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	20/40	1.00M	-	-	-	-

C. Examen Externo		D. Estado Motor	
Pinguecula	No	Cover Test Visión Lejada:	ORTHOFORIA
Resequedad Ocular	No	Cover Test Visión Próxima:	EXOFORIA
Inyección Conjuntival	No	Punto Próximo de Convergencia:	5CM
Hiperemia Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho:	-
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:	-
Pterigio	No		
Secreción Ocular	No		
Edemea Palpebral	No		
Blefaritis	No		

	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Estereopsis	Normal	Normal
Visión Cromatica	Normal	Normal
Campo Visual	Normal	Normal
Oftalmoscopia	Normal	Normal

E. Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza V.	DP	DNP	ALT F	ALT V	Prisma
Ojo Derecho	N	0.50	180	20/20	-	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	N	0.50	160	20/20	-	-	-	-	-
Adición de Lente	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Astigmatismo	Ambos Ojos	Problema de Refraccion No corregido	Ambos Ojos

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
ASTIGMATISMO	Comun	Impresión Diagnostica

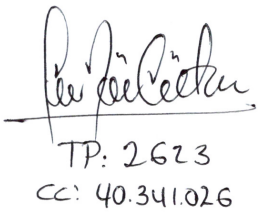
RECOMENDACIONES

Adecuada iluminación del puesto de trabajo	Control Optometria en 1 año
Educación en higiene visual	Pausa activa visual
Uso de lentes de descanso	

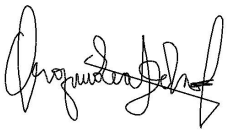
OBSERVACIONES

PX NO CORREGIDO AL EXAMEN

APTO CON RESTRICCION. USO DE GAFAS PERMANENTES



Atendido por: CASTRO DOUSDEBES MAGDA YINETH
Reg.: 2623 CTNPO



Paciente: DE LA BARRERA PATERNINA ORQUIDEA PATRICIA
Identificación: 1047420317

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 26C # 37-38, barrio 7 de Agosto
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: DE LA BARRERA PATERNINA ORQUIDEA PATRICIA		Identificación: 1047420317	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 10 de Enero de 1990	Edad: 36
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO	Orden: 57850	Fecha: 2026-01-22
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ANTECEDENTES AUDITIVOS PERSONALES

Otitis	No	Trauma	No
Cirugía	No	Ing. Ototóxicos	No
Hipocusua Subjetiva	No	Acúfenos	No
Otro	No		

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICIÓN A RUIDO

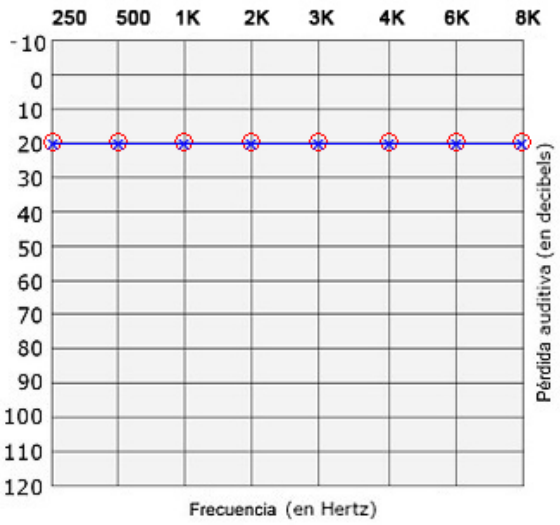
Tejo	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Poligono	No	Dispositivos de audio	No
Otro	No		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo (horas): 12	Realizo Re-Test: No	Uso Cabina Sonoamortiguada: Si

EVALUACIÓN

Audiograma



Convenciones

	Oido Derecho		Oido Izquierdo	
	Color Rojo		Color Azul	
	Sin E	Con E	Sin E	Con E
Conducción Aérea	O	N/A	X	N/A
Conducción Ósea	<	N/A	>	N/A
Inaudible				

Sin E: Sin Enmascaramiento; Con E: Con Enmascaramiento

Otoscopia	
Oido Derecho: NORMAL	
Oido Izquierdo: NORMAL	

CUAT	No	CUAP	No

Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
Oido Derecho Via Áerea	20	20	20	20	20	20	20	20
Oido Izquierdo Via Áerea	20	20	20	20	20	20	20	20
Oido Derecho Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-
Oido Izquierdo Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Severidad - CAOHC	
Audición Normal	Bilateral	Normal (0 - 25db)	Bilateral

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	Comun	Impresión Diagnostica
RECOMENDACIONES		
Control Auditivo en 1 año	Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido	
Reposo auditivo extralaboral		
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		

Tatiana Guerrero
1002777203

GUERRERO DELGADO KAREN TATIANA
CC. 1002777203
FONOAUDIOLOGA
T.P 1002777203

Atendido por: GUERRERO DELGADO KAREN TATIANA
Reg.: T.P 1002777203

Paciente: DE LA BARRERA PATERNINA ORQUIDEA PATRICIA
Identificación: 1047420317

PROTEGER I.P.S.	PROTEGER I.P.S Profesionales en Salud Ocupacional y Calidad INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES:

APELLIDOS Y NOMBRES: De La Barrera Paternina Orquídea Patricia		
EDAD: 36 años	**Fecha de nacimiento**: 10 de enero de 1990	**Lugar de nacimiento:** Moñitos-Córdoba
No. DE IDENTIFICACIÓN: 1047420317		**Empresa:** Particulares
Nivel de estudio: Especialista	**Cargo**: Instructora	**Género:** Femenino
FECHA DE EVALUACIÓN: 22 de enero de 2026		

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN:

Valoración psicológica

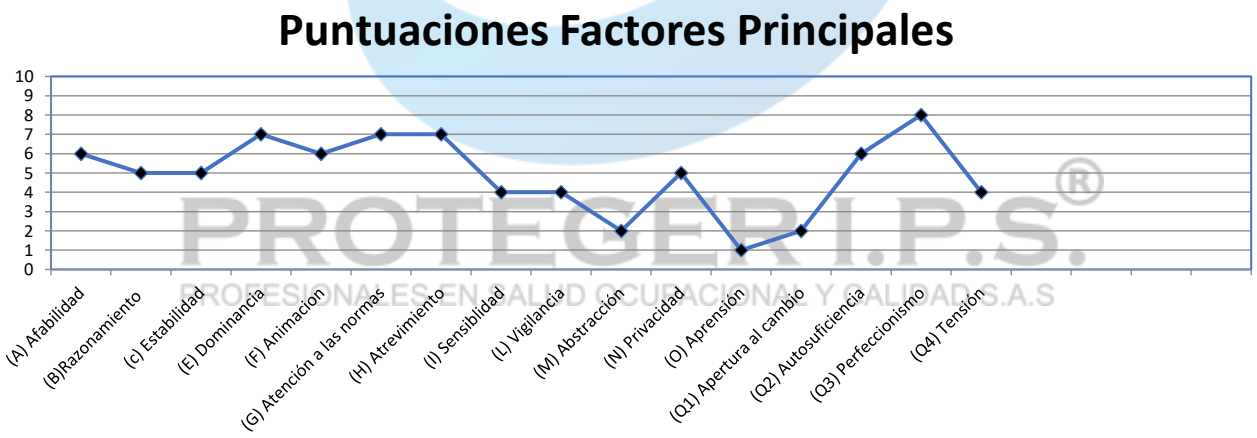
III. PERSONALIDAD Y VALORES

PRUEBA APLICADA: Prueba 16PF

RESULTADOS:

Según las respuestas obtenidas en la aplicación de la prueba, análisis situacional y constitucional y basándose en los patrones de evaluación, se percibe los siguientes rasgos de personalidad en el individuo:

ANÁLISIS GRÁFICO FACTORES PRINCIPALES



ANÁLISIS DESCRIPTIVO FACTORES PRINCIPALES

Puntuaciones Altas en:

(E) Dominancia = 7: Probablemente es una persona dominante, independiente, competitiva y obstinada. Es segura de sí misma, austera y autorreguladora.

(G) Atención de las Normas = 7: Posiblemente es una persona de carácter exigente, con alto sentido del deber, perseverante, responsable, organizada y no pierde tiempo. Es escrupulosa y moralista.

(H) Atrevimiento = 7: Se refleja cómo alguien emprendedora, socialmente atrevida y espontánea. Es sociable y dispuesta a intentar cosas nuevas y a generar nuevas ideas. Se le facilitan las negociaciones y los trabajos bajo presión.

(Q3) Perfeccionismo = 8: El sujeto posee mucho control de sus emociones y conducta en general, es cuidadoso y abierto socialmente, es seguro de sí mismo y tiene en cuenta su reputación social. Tiende a ser obstinado en algunas ocasiones y es un excelente líder.

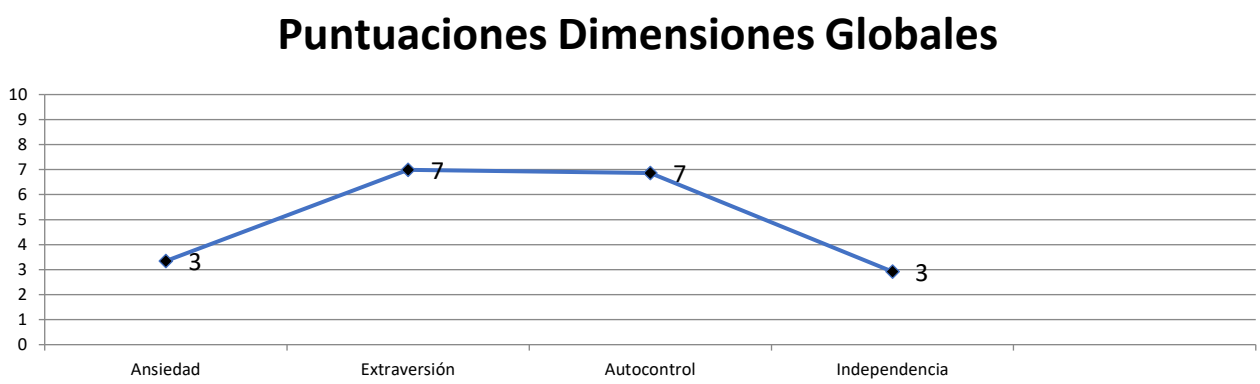
Puntuaciones Bajas en:

(M) Abstracción = 2: Se manifiesta como una persona práctica, cuidadosa, convencional, formal y correcta en su accionar. Es atenta a los problemas y a los detalles, realista serena y tranquila en situaciones de emergencia.

(O) Aprensión = 1: Posiblemente sea una persona segura, tranquila, flexible y serena. No le preocupa la aprobación de los demás y no se culpa por acciones erradas. Por lo general actúa libremente y sin temores.

(Q1) Apertura al cambio = 2: Es una persona conservadora, respetuosa de las ideas de los demás y confía en los conocimientos y valores que le han inculcado. Es precavida con la aplicación de las nuevas ideas y los grandes cambios.

ANÁLISIS GRAFICO DIMENSIONES GLOBALES



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DIMENSIONES GLOBALES

Puntuaciones Altas en:

(QII) Intraversión/Extraversión = 7: Es probable que sea una persona socialmente desenvuelta, no inhibida, capaz de lograr y mantener contactos personales, le agrada estar rodeada de otras personas e invierte gran cantidad de energía en su vida social.

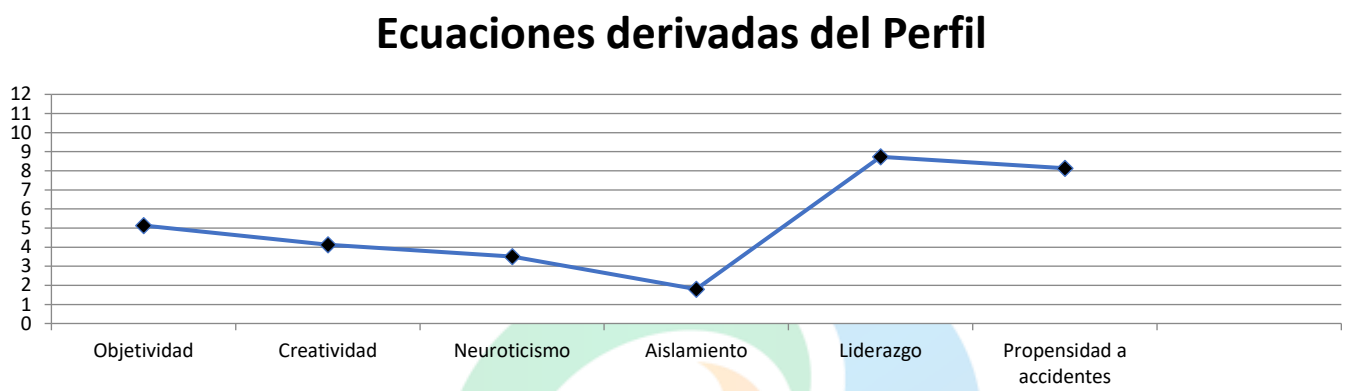
(QIII) Impulsividad/Autocontrol = 7: Se manifiesta como una persona responsable, correcta y organizada. Astuta y calculadora. Sus metas se encuentran dentro de lo aceptado socialmente, son prudentes y realistas.

Puntuaciones Bajas en:

(QI) Ansiedad = 3: Encuentra la vida gratificante y suele obtener lo que quiere. Puede llegar a faltarle motivación ante algunas situaciones.

(QIV) Dependencia/Independencia = 3: Es una persona que puede llegar a ser muy pasiva, probablemente necesite el apoyo de otros y oriente su conducta hacia las personas que le den ese soporte.

ANÁLISIS GRAFICO ECUACIONES DERIVADAS DEL PERFIL



Presuntamente se manifiesta como una persona muy sociable y amable con los demás, con facilidad de desenvolverse en grupo. Por lo que es posible asumir el papel de líder fácilmente, por lo general cuida de sí misma y de los demás, lo que la hace menos propensa a sufrir un incidente o accidente laboral.

. CONCLUSIONES:

Presuntamente es una persona dominante, le gusta controlar las situaciones y las personas, dominada por el sentido del deber, perseverante, responsable y organizada. Es escrupulosa y moralista. Probablemente sociable y espontánea. Dispuesta a intentar nuevas cosas, de numerosas respuestas emocionales. Puede llegar a tener signos de perfeccionista, con alta congruencia en el autoconcepto percibido y el deseado. Alto nivel de autocontrol.

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que esta persona probablemente tiene una escala de distorsión de 9 puntos, por lo cual es probable que la paciente fue poco sincera al responder. Baja confiabilidad cuanto a los rasgos de personalidad hallados contrastados con las respuestas obtenidas.

PROTEGER I.P.S.®
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S

C. Natalia Hernández Herrera
Psicóloga
T.P. No. 272557

PSI.CARMEN NATALIA HERNANDEZ HERRERA
CC.1006698031
TP.272557

PROTEGER I.P.S.®
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES

CERTIFICADO DE REGISTRO
INDUSTRIA Y COMERCIO

www.villavicencio.gov.co @villavoalcaldia
Código Postal 500.001

FECHA: 22/01/2026

No. 26180110000411

La suscrita Directora Técnica de la Dirección de Impuestos Municipales de la **Alcaldía de Villavicencio - Meta**:

CERTIFICA:

Que verificado en la base de datos del Sistema se encontró inscrito el siguiente Contribuyente:

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

1. Número de Identificación Tributaria	D.V.	2. Tipo de Contribuyente	3. Régimen
1047420317	3	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
ORQUIDEA PATRICIA DE LA BARRERA PATERNINA

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
26/04/2022	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	1047420317	ORQUIDEA PATRICIA DE LA BARRERA PATERNINA

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CALLE 19 # 37J - 18, APARTAMENTO 401

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	MARSELLA
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
OPDEL7@MISENA.EDU.CO	6813521	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	8299	0	01/02/2021
Actividad Secundaría			
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

Matricula M.	Nombre del Establecimiento	Dirección	Fecha de Apertura	Fecha de Cierre

Se expide el **22 de enero del 2026** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

MYRIAM LUCIA FRANCO RUIZ
Directora Técnica de Impuestos Municipales
Esta firma tiene validez de conformidad con el Decreto 2150 de 1995, autorizada por la Resolución No. 089 de 2018, modificada por la Resolución No. 189 de 2021

Proyectó: FGONZALEZ

Powered by CamScanner