
REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
7507791 5
PARRA OSORIO
VICTOR MANUEL
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA
31 - DIC. 2005
2A. LINEA
31 - DIC. 2015
3A. LINEA
31 - DIC.
PROFESION BACHILLER
FECHA EXPEDICION

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PARRA	OSORIO	VICTOR MANUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 75077915	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 75077915 D.M. 22

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES 07 AÑO 1975

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO MANIZALES

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 25 1 275 Quintas de Toscana Multifamiliar 7 Casa 13

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3206909 EMAIL arqvictormanuelpo@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	1994
										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*	
PREGRADO	10	X		ARQUITECTURA	07	2008	A63892009-75077915

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)

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*
ESPAÑOL			X			X			X

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*
GRUPO RIVERA P.S EN C.S		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
RISARALDA	PEREIRA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	15	*Mes*	03	*Año*	2015

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATISTA		Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MARINA GIRALDO SERNA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CALDAS	MANIZALES	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ARQUITECTO	A FINES INGENIERIA CIVIL	CALLE 31 19 53

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: GRANADA				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	17	Mes:	02	Año:	2025	Día:	21	Mes:	11	Año: 2025
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: AUTOPISTA 12 12A 12 KILOMETRO 12 VIA SAN JUAN				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: GRANADA				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	02	Mes:	02	Año:	2024	Día:	17	Mes:	12	Año: 2024
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: CALLE 16 14 52 Granada - Meta				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: GRANADA				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	08	Mes:	02	Año:	2023	Día:	24	Mes:	11	Año: 2023
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: CALLE 16 14 52 Granada - Meta				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: GRANADA				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	01	Mes:	02	Año:	2022	Día:	21	Mes:	12	Año: 2022
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40				

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: FUSAGASUGÁ				CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	03	Mes:	02	Año:	2020	Día:	30	Mes:	11	Año: 2020
AREA DE CONOCIMIENTO: INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO						DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 12 - 14 20				

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 CUNDINAMARCA	MUNICIPIO FUSAGASUGÁ				CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
	Día:	02	Mes: 09	Año: 2019		Día:	18	Mes: 12	Año:	2019
AREA DE CONOCIMIENTO INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN TRANSVERSAL 12 - 14 20					
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE										
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CALDAS	MUNICIPIO LA DORADA				CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
	Día:	11	Mes: 04	Año: 2016		Día:	17	Mes: 12	Año:	2016
AREA DE CONOCIMIENTO INGENIERIA, ARQUITECTURA, URBANISMO Y	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN CARRERA 1 - 21 42					

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	1	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	2
EXPERIENCIA DOCENTE	5	1

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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento Granada - Meta, 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)

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: 2026.01.24 17:45:39 -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	2026-01-17 20:27

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VICTOR	MANUEL	PARRA	OSORIO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	75077915

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES

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	$47.221.646,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$5.000.000,00
TOTAL	$52.221.646,00

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	$2.947.103,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$22.000.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$9.250.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NORMA	ANGELA	FRANCO	GRISALES

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 30401871

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:

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Victor Manuel Parra Osorio, identificado(a) con CC número 75077915, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 75077915
NOMBRES Y APELLIDOS	Victor Manuel Parra Osorio
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Compañero (A) Permanente
FECHA DE NACIMIENTO	25/07/1975
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	8 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	9 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	08/04/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 75077915 Trabajador Independiente
Desde 01/02/2024 - Vigente

Generado por interfaces 21/01/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

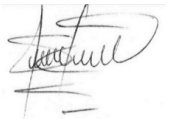
CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VICTOR MANUEL PARRA OSORIO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **75077915,** se encuentra afiliado/a desde **20/11/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

900340832-4

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	VICTOR MANUEL PARRA OSORIO		
Identificación:	CC	**Número:**	75077915
Fecha de Nacimiento:	1975-07-25	**Edad:**	50
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	A -	**Estrato:**	3
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Departamento:	ANTIOQUIA	**Ciudad:**	CALDAS
EPS:	EPS SANITAS SA		
AFP:	COLPENSIONES	**ARL:**	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
Dirección:	CALL 25 1 87	**Teléfono:**	3206909357
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa:	PARTICULAR
Actividad Economica:	
Ciudad:	BOGOTA - BOGOTA, D.C.

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CARGO:	DOCENTE	**FECHA EXAMEN:**	2025-12-26
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	OSTEOMUSCULAR

EXAMENES REALIZADOS

1. AUDIOMETRIA TONAL (TAMIZ)	2. ESPIROMETRIA SIMPLE	3. EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
4. OPTOMETRIA	5. COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]	6. COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL
7. COLESTEROL TOTAL	8. TRIGLICERIDOS +	

CONCEPTO

CONCEPTO	SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. Observaciones: LEVE AUMENTO EN TRIGLICERIDOS Y LDL, COLESTEROL TOTAL NORMAL, AUDIOMETRIA NORMAL, OPTOMETRIA INDICA USO DE CORRECCION VISUAL, ESPIROMETRIA NORMAL APTO PARA TRABAJAR

RECOMENDACIONES

GENERALES

INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA	SI
CONTROL DE PESO Y NUTRICION	SI
RECOMENDACIONES GENERALES	RECOMENDACIONES GENERALES: ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DEL PESO, ASISTIR A EPS A ACTIVIDADES DE PYP, UTILIZACION DE MEDIAS DE COMPRESION EN CASO DE DILATACIONES VENOSAS O CUANDO PASA MUCHO TIEMPO DE PIE O SENTADO, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS

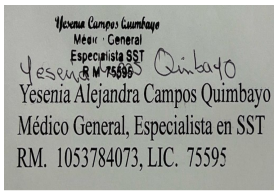
OCUPACIONALES

INGRESO PVE	SI
USO DE EPP	SI
PAUTAS ERGONOMICAS	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI
RECOMENDACIONES ADICIONALES	SE REALIZA EXAMEN FÍSICO CON ÉNFASIS RESPECTIVO PREVIA AUTORIZACIÓN DE PACIENTE ATENCIÓN REALIZADA SIGUIENDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE A FUTURO EL TRABAJADOR NO PADEZCA ALGUNA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA, SERÁ PERTINENTE QUE SE HAGA UNA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD. POR TODO LO ANTERIOR SE RECOMIENDA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO, IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS GENERALES Y ESPECÍFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD DE CADA EMPRESA Y EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIOS DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

900340832-4



SIN HUELLA

YESENIA ALEJANDRA CAMPOS QUIMBAYO
1053784073
RM: R1053784073 LSO75595
Firma y sello del médico evaluador

VICTOR MANUEL PARRA OSORIO
Documento: 75077915
Firma del trabajador

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	VICTOR MANUEL PARRA OSORIO		
Identificación:	CC	**Número:**	75077915
Fecha de Nacimiento:	1975-07-25	**Edad:**	50
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	A -	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	CALDAS
Dirección:	CALL 25 1 87	**Teléfono:**	3206909357
EPS:	EPS SANITAS SA	**ARL:**	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	DOCENTE
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO **ENFASIS:** OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE
EXPUESTO A RUIDO	NO REFIERE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA	SENA
ANTIGUEDAD	10 AÑOS
CARGO	INSTRUCTOR
AREA	CONSTRUCCION
EXPUESTO A RUIDO	SI
TIEMPO DE EXPOSICION	OCASIONAL
USO DE E.P.P.	SI
TIPO	COPA

EMPRESA 2

TIPO	NO APLICA

EMPRESA 3

TIPO	NO APLICA

ANTECEDENTES AUDITIVOS

CUESTIONARIO AUDITIVO

OYE BIEN	SI
LE MOLESTA EL RUIDO INTENSO	NO
OYE MEJOR POR UN OIDO QUE POR EL OTRO	NO
AL CONVERSAR SOLICITA QUE LE REPITAN	NO
DEBE AUMENTAR EL VOLUMEN DEL TV O RADIO	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS AUDITIVOS	NO REFIERE
LE HAN PRACTICADO ALGUNA VEZ AUDIOMETRIA	SI
RESULTADO	NO APLICA
FECHA ULTIMA AUDIOMETRIA	AÑO Y MEDIO

PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE
HIPOACUSIA	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	NO REFIERE
MENINGITIS	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE
OTITIS	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE
OTORREA	NO REFIERE

OTOTOXICOS	NO REFIERE
PARALISIS FACIAL	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE
PRURITO	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE
SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA	NO REFIERE
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE
SINUSITIS	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE
TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE
VERTIGO	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE
VIBRACION CONTINUA	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

USO DE AUDIFONOS PERSONALES	NO
DISCOTECA (CADA 8 DIAS)	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO
MOTOCICLISMO	NO
SERVICIO MILITAR	NO
JUGAR TEJO	NO
POLIGONO	NO
USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO	NO
OTROS	NO

ANTECEDENTES MEDICOS

CONSUMO DE CIGARRILLO	SI
DIABETES	NO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES (ARTRITIS REUMATOIDES, LES)	NO
EXPOSICION A EXPLOSIONES	NO
EXPOSICION A QUIMICOS	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
HIPOTIROIDISMO	NO
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	NO
TUMORES S.N.C.	NO
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	NO
TUBERCULOSIS	NO
OTROS	NO

OTOSCOPIA

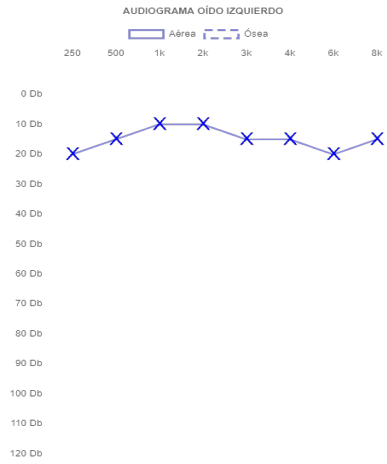
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL
PABELLON AURICULAR - OI	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OI	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO
TAPON CERUMEN - OI	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO
PERFORACION TIMPANICA - OI	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OD	NO
TIMPANO VASCULARIZADO - OI	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OD	NO
PLACAS CALCAREAS (CICATRIZ) - OI	NO
SUPURACION - OD	NO
SUPURACION - OI	NO
CUERPOS EXTRANOS - OD	NO
CUERPOS EXTRANOS - OI	NO

EQUIPO

USO DE CABINA	X
EQUIPO	MAICO MA40

FECHA DE CALIBRACION JULIO 16/2025





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD	20			15			15			10			10			15			25			15		
OI	20			15			10			10			15			15			20			15		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

INTERPRETACION

PTA OD (500, 1K, 2K y 3K) 12.5
PTA OI (500, 1K, 2K y 3K) 12.5

ANALISIS COMPARATIVO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1 Z011: Examen de oídos y de la audición
OBSERVACIONES AUDICION NORMAL BILATERAL

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E. X
E.P.P. AUDITIVO SEGUN P.V.E. X

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que

he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





SIN HUELLA

LUISA FERNANDA GARCIA VASQUEZ
30337726
RM: RN 65436
Firma y sello del médico evaluador

VICTOR MANUEL PARRA OSORIO
Documento: 75077915
Firma del trabajador

Fecha Atención :
2025-12-26 07:54:39

Fecha impresión :
2025-12-26 03:09:24

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	VICTOR MANUEL PARRA OSORIO		
Identificación:	CC	**Número:**	75077915
Fecha de Nacimiento:	1975-07-25	**Edad:**	50
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	A -	**Ciudad - Sede:**	CALDAS
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	CALDAS
Dirección:	CALL 25 1 87	**Teléfono:**	3206909357
EPS:	EPS SANITAS SA	**ARL:**	COMPAÑIA SURAMERICANA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES Y SEGURO DE VIDA - SURA
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR	**Cargo:**	DOCENTE
Sede:	SERVISO		

TIPO EXAMEN: PREINGRESO

ENFASIS: OSTEOMUSCULAR

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE		**EMPRESA USUARIA**	
SEDE		**AREA**	
CARGO		**FECHA DE INGRESO**	
JORNADA DE TRABAJO	NO REFIERE	**ANTIGÜEDAD EN EL OFICIO**	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES		**OBSERVACIONES**	

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
RIESGO QUIMICO	NO	**RIESGO FISICO**	NO
RIESGO MATERIAL PARTICULADO	NO	**RIESGO ILUMINACION**	NO
EXPOSICION A SOLVENTES	NO	**ACCIDENTE OCULAR**	NO
EXPOSICION A RADIACION NO IONIZANTE	NO	**EXPOSICION A RADIACION IONIZANTE**	NO
EXPOSICION A TEMPERATURAS EXTREMAS	NO	**EXPOSICION A MATERIAL EN PROYECCION**	NO
EXPOSICION A VIDEO TERMINALES	NO	**OTROS**	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**ALTERACIONES TIROIDEAS**	NO
AMBLIOPIA	NO	**CATARATAS**	NO
CIRUGIA OCULAR	NO	**DEFECTOS REFRACTIVOS**	NO
DIABETES MELLITUS	NO	**ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR**	NO
ESTRABISMO	NO	**FARMACOLOGICOS**	NO
GLAUCOMA	NO	**HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA**	NO
PATOLOGICOS	NO	**PATOLOGIA OCULAR**	NO
PTERIGIO	NO	**QUIRURGICOS**	NO
RINITIS	NO	**TRATAMIENTOS ORTOPTICOS**	NO
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES			

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	NO	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	ENTRE 6 MESES A 1 AÑO
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO APLICA	**RX OD**	N
ADICION O.D.		**RX OI**	N
ADICION O.I.			

SINTOMATOLOGIA

ASINTOMATICO	NO	**ARDOR**	NO
ASTENOPIA VISION PROXIMA	NO	**ASTENOPIA VISION LEJANA**	NO
CANSANCIO	NO	**CEFALEA**	NO
DISMINUCION AV LEJOS	NO	**DISMINUCION AV CERCA**	SI
DESVIACION OCULAR	NO	**DOLOR OCULAR**	NO
ENROJECIMIENTO	NO	**EPIFORA**	NO
FOTOFOBIA	NO	**INVERSION DE NUMEROS Y/O LETRAS**	NO
LAGRIMEO	NO	**MAREO**	NO
PRURITO	NO	**RESEQUEDAD**	NO
SECRECION	NO	**SALTO DE RENGLONES**	NO
VERTIGO	NO	**VISION DOBLE**	NO
OTROS	NO		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/30	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	
SIN CORRECCION P.H. OD		**SIN CORRECCION P.H. OI**	

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	1M	**CON CORRECCION OD**	
SIN CORRECCION OI	1.50M	**CON CORRECCION OI**	
SIN CORRECCION AO	1M	**CON CORRECCION AO**	

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL

VALORACION DE CAMPO VISUAL

CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION OD	50	**CAMPO VISUAL POR CONFRONTACION OI**	50

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	ORTHOFORIA	**COVER TEST CERCA**	EXOFORIA
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	NINGUNA		

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OD	NORMAL - 15/15	**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OD**	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION OI	NORMAL - 15/15	**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION OI**	
PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA SIN CORRECCION AO	NORMAL - 15/15	**PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA CON CORRECCION AO**	
ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	50 SEGUNDOS DE ARCO		

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	

REFRACCION

DISTANCIA PUPILAR	60		

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
AVL OD		**AVL OI**	
ADD OD		**ADD OI**	
AVP OD		**AVP OI**	

SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
AVL OD		**AVL OI**	
ADD OD		**ADD OI**	
AVP OD		**AVP OI**	

PRESCRIPCION FINAL

OJO DERECHO		**OJO IZQUIERDO**	
AVL OD		**AVL OI**	
ADD OD	+2.00	**ADD OI**	+2.00
AVP OD	0.5M	**AVP OI**	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	H524: Presbicia	**DIAGNOSTICO 1**	
DIAGNOSTICO 2		**DIAGNOSTICO 3**	
CONCEPTO			

OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA

CORRECCION OPTICA		**REQUIERE CORRECCION OPTICA PERSONAL**	VISION PROXIMA
REQUIERE CORRECCION OPTICA DE SEGURIDAD		**USO DE FILTRO**	
SE ENTREGA FORMULA DE CORRECCION OPTICA			

RECOMENDACIONES

REMISION

OFTALMOLOGIA		**OBSERVACIONES**	
CONTACTOLOGÍA		**OBSERVACIONES**	
ORTÓPTICA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	

GENERALES

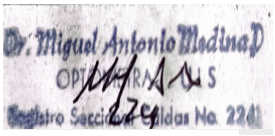
USO DE CORRECCIÓN OPTICA	SI	**OBSERVACIONES**	DE CERCA
LUBRICANTE OCULAR		**OBSERVACIONES**	
CONTROL ANUAL	SI	**OBSERVACIONES**	
TRATAMIENTO OPTICO		**OBSERVACIONES**	
HIGIENE PALPEBRAL		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		**OBSERVACIONES**	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		**OBSERVACIONES**	
OTROS		**OBSERVACIONES**	

OCUPACIONALES

ERGONOMIA VISUAL		**OBSERVACIONES**	
PAUSAS ACTIVAS OCULARES		**OBSERVACIONES**	
PROTECCION ULTRAVIOLETA		**OBSERVACIONES**	
USO DE MONTURA DE SEGURIDAD		**OBSERVACIONES**	
CORRECCION OPTICA	SI	**OBSERVACIONES**	
RESTRICCION PARA TRABAJO EN ALTURAS		**OBSERVACIONES**	
RESTRICCION PARA CONDUCIR		**OBSERVACIONES**	
RESTRICCION PARA PORTE DE ARMAS		**OBSERVACIONES**	
CONTROLES			
MENSUAL		**BIMENSUAL**	
TRIMESTRAL		**SEMESTRAL**	
ANUAL	SI		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.





SIN HUELLA

MIGUEL ANTONIO MEDINA PORRAS
79320015
MEDICO
RM: 79320015 TP 2241

VICTOR MANUEL PARRA OSORIO
Documento: CC 75077915
Firma del trabajador

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente: **PARRA OSORIO VICTOR MANUEL**
Historia: 75077915
Fecha y Hora de ingreso: 2025-12-26 07:57
Fecha de impresión:
Empresa : SERVISO S.A.S

Edad: 50 Años
Sede : Principal
Telefono: 3206909357

Orden No.: 202512260020
Fecha de nacimiento: 1975-07-25 00
Género: Masculino
Sala: Consulta Externa

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	QUIMICA CLINICA				
PERFIL LIPIDICO					
COLESTEROL TOTAL	194	mg/dl		1 - 200	26/12/2025 10:39
Optimo Menor a 200 Ligeramente Aumentado 200 a 239 Elevado Mayor a 240 REFERENCIA ATP III Técnica:Reflectancia - Química seca					
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	41	mg/dl		35 - 65	26/12/2025 10:39
HOMBRE MUJER Sin Riesgo Mayor 55 Mayor 65 Riesgo Moderado 35-55 45-65 Riesgo Alto Menor 35 Menor 45 Valores Inferiores a 35 Significa un Riesgo Alto Técnica:Reflectancia - Química seca					
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	123	mg/dl	*	1 - 100	26/12/2025 10:39
Valores Superiores a 160 Significan un Riesgo Alto					
LIPOPROTEINA DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	30.0	mg/dl		16 - 34	26/12/2025 10:39
TRIGLICERIDOS	151	mg/dl	*	0 - 150	26/12/2025 10:39
NORMAL < 150 LIMITE ALTO 150 - 199 ALTO 200 - 499 MUY ALTO > 500 VALORES SUPERIORES A 200 SIGNIFICAN UN RIESGO ALTO Técnica:Reflectancia - Química seca					
INDICE ARTERIAL	4.7	%		2.7 - 7.5	26/12/2025 10:39

LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente:	**PARRA OSORIO VICTOR MANUEL**		**Orden No.: 202512260020**
Historia:	75077915	Edad: 50 Años	Fecha de nacimiento: 1975-07-25 00
Fecha y Hora de ingreso:	2025-12-26 07:57	Sede : Principal	Género: Masculino
Fecha de impresión:		Telefono: 3206909357	Sala: Consulta Externa
Empresa : SERVISO S.A.S			

Técnica:Reflectancia - Química seca



LABORATORIO CLINICO
Silvio Alfonso Marin Uribe
cra 23 No. 25-61 Ed. Don pedro Local 5
Tel. 882 9194- 8849569
Cel. 311 619 8542 - 3108960045
Caldas - Colombia

CONSULTE SU RESULTADO EN:

https://www.laboratorioclinicosilvioalfonsomarinuribe.com/

Paciente:	**PARRA OSORIO VICTOR MANUEL**		**Orden No.: 202512260020**
Historia:	75077915	Edad: 50 Años	Fecha de nacimiento: 1975-07-25 00
Fecha y Hora de ingreso:	2025-12-26 07:57	Sede : Principal	Género: Masculino
Fecha de impresión:		Telefono: 3206909357	Sala: Consulta Externa
Empresa : SERVISO S.A.S			

CERT – 046

Granada (Meta), 21 de enero de 2026

EL TESORERO GENERAL DEL MUNICIPIO DE GRANADA META

CERTIFICA

Que en el registro de contribuyentes del Impuesto de Industria y Comercio del Municipio de Granada se encuentra inscrita la razón social **VICTOR MANUEL PARRA OSORIO**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **75.077.915** expedida en Manizales y su estado actual es **ACTIVO.** Su última declaración presentada de industria y comercio es de la vigencia 2024, pagada el 03 de abril de 2025.

Se expide a solicitud del interesado, en Granada (Meta), a los diecinueve (19) días del mes de enero de 2026, sin perjuicio de posibles acciones de fiscalización dentro de los términos establecidos en las normas tributarias.

JUAN CARLOS PALACIO AYALA
Tesorero General

Powered by CamScanner