FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SENA REGIONAL META

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BANGUERA	LOPEZ	LUZ DAMARYS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 28556756	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES 10 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO CANDELARIA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 15 19 65 Multifamiliares Cantarrrana Blq 2 apto 401

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3124148475 EMAIL damabanlop@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1999
										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		INGENIERIA AGROINDUSTRIAL	12	2005	70261-247964 TLM

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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-SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	850	X		ESPECIALIZACIÓN TECNOLÓGICA EN GESTIÓN DE PROYECTOS	10	2012

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*
INGLÉS	X				X			X	

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*
Q-10 INGENIERIA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TOLIMA	IBAGUÉ	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	12	*Año*	2006	*Día*	28	*Mes*	09	*Año*	2007

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO*
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
6820000	*Día:*	05	*Mes:*	02	*Año:*	2024	*Día:*	17	*Mes:*	12	*Año:*	2024

AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*	*DIRECCIÓN*
AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	POSTGRADO	CARRERA 48 6 40 Urb Guayuriba

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:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	09	Mes:	02	Año: 2023	Día:	15	Mes:	12	Año:	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: POSTGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 6 48 URBANIZACION GUAYURIBA						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA META			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	19	Mes:	01	Año: 2022	Día:	30	Mes:	01	Año:	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 URB GUAYURIBA						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRIA DEL META			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	26	Mes:	02	Año: 2021	Día:	18	Mes:	12	Año:	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRAIAL DEL META			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	24	Mes:	02	Año: 2020	Día:	12	Mes:	12	Año:	2020	
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRAILA DEL META			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:	27	Mes:	03	Año: 2019	Día:	18	Mes:	12	Año:	2019	
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 29	Mes: 01	Año: 2018			Día: 11	Mes: 03	Año: 2019			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

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: 2017			Día: 06	Mes: 12	Año: 2017			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 6 40 URBANIZACION GUAYURIBA					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRAIL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 09	Mes: 02	Año: 2016			Día: 16	Mes: 12	Año: 2016			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SEAN CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 09	Mes: 02	Año: 2015			Día: 08	Mes: 12	Año: 2015			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 18	Mes: 01	Año: 2014			Día: 12	Mes: 12	Año: 2014			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 06	Mes: 02	Año: 2013			Día: 15	Mes: 12	Año: 2013			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRAIAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 15	Mes: 07	Año: 2012			Día: 15	Mes: 12	Año: 2012			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 16	Mes: 02	Año: 2012			Día: 04	Mes: 07	Año: 2012			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA- CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 13	Mes: 07	Año: 2011			Día: 15	Mes: 12	Año: 2011			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: SENA-CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA								
DEPARTAMENTO: META	MUNICIPIO: VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 23	Mes: 02	Año: 2011			Día: 30	Mes: 06	Año: 2011			
AREA DE CONOCIMIENTO: AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SENA - CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	01	Mes:	02	Año: 2010	Día:	20	Mes:	12	Año:	2010
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40 Urbanización Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SENA- CENTROI AGROINDUSTRAL DEL META			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	04	Mes:	03	Año: 2008	Día:	15	Mes:	12	Año:	2008
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN CARRERA 48 - 6 40 Urbanizacion Guayuriba					

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	04	Mes:	12	Año: 2006	Día:	28	Mes:	09	Año:	2007
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN					

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	1	-3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	13	7

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, 28 de enero de 2025

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.

12/02/2025 ELIANA CONSTANZA TELLO ZAMBRANO

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	2025-01-28 14:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	DAMARYS	BANGUERA	LOPEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	28556756

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	CANDELARIA

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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$42.356.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$42.356.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
VEHICULO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	$39.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CRÉDITO VEHICULO	$39.000.000,00

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 [ ] 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:

DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2023

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118648101064

(415)7707212489984(8020) 000211864810106 4

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
2 8 5 5 6 7 5 6	8	BANGUERA	LOPEZ	LUZ	DAMARYS	2 2

24. Actividad económica principal	Si es una corrección indique:	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
8 5 3 0					61,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	81,275,000	Deudas	30	54,389,000	Total patrimonio líquido	31	26,886,000

Cédula general

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos	32	42,356,000	43	0	58	6,000	74	2,121,000	
Devoluciones, rebajas y descuentos							75	0	
Ingresos no constitutivos de renta	33	4,489,000	44	0	59	0	76	0	
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0	
Renta líquida	**34**	37,867,000	**46**	0	**61**	6,000	**78**	2,121,000	
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0	
Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0	
Rentas exentas: Otras rentas exentas	36	7,573,000	48	0	64	0	81	0	
Total rentas exentas	**37**	7,573,000	**49**	0	**65**	0	**82**	0	
Deducciones imputables: Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0	
Deducciones imputables: Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	14,000	
Total deducciones imputables	**40**	0	**52**	0	**68**	0	**85**	14,000	
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	**41**	7,573,000	**53**	0	**69**	0	**86**	14,000	
Renta líquida ordinaria del ejercicio			**54**	0	**70**	6,000	**87**	2,107,000	
Pérdida líquida del ejercicio			**55**	0	**71**	0	**88**	0	
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0	
Renta líquida ordinaria	**42**	30,294,000	**57**	0	**73**	6,000	**90**	2,107,000	

Ren. líquida céd. gen.	91	39,994,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	7,648,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	32,346,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	32,346,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	**101**	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	**103**	0

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**106**	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0
Renta liquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	111	32,346,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	**115**	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	**121**	0
Descuentos tributarios: Imp. pagados en el exterior	122	0
Descuentos tributarios: Dividendos., particip. y otros	124	0
Donaciones	123	0
Total des-cuentos trib.	125	0
Impuesto neto de renta	**126**	0
Impuesto de ganancias ocasionales	**127**	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	**129**	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	120,000
Retenciones año gravable a declarar	132	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	0	Total saldo a favor	137	120,000
Número de dependientes económicos	138	0	Adición por dependientes a la casilla 92	139	0	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador | Firma contador | 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para uso de la entidad recaudadora

DIAN — Fecha Acuse de Recibo — Firmado

2024-09-19 / 09:04:20 PM

2 0 2 4 - 0 1 : 0 4 : 2 0

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900208728383

2 0 2 4 0 7 3 6 4 4 0 3 9 0

RECIBIDO

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

nueva eps REGIONAL CENTRO ORIENTE
RECIBIDO PARA ESTUDIO DE LA EPS
FECHA 28/01/2025 COD C 1820
OSWALDO SANCHEZ ANZOLA

FECHA DE RADICACIÓN: 28 ENERO 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✔]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual a) Cotizante o cabeza de familia [✔] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✔] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✔]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✔] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [✔] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BANGUERA	LOPEZ	LUZ	DAMARYS

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28556756
11. SEXO BIOLÓGICO: M [✔]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [✔] T NB Otro — Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA — VALLE DEL CAUCA — CANDELARIA
15. FECHA NACIMIENTO: 22 OCTUBRE 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06 Sin Etnia
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✔]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBEN?: SI [ ] NO [✔]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. AFP
24. IBC: 1'423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
TELÉFONO CELULAR: 3124148475
TELÉFONO FIJO

DIRECCIÓN: CALLE 15 #16 -65
COMPLEMENTO DIRECCIÓN: Multifamiliares Cantarrana
CORREO ELECTRÓNICO: damabanlop@gmail.com
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO/ DISTRITO: VILLAVICENCIO
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✔] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 7283

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA / MES / AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DIS CAPACIDAD: SI	NO	CATEGORIA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación
TELÉFONO FIJO O CELULAR
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Dirección: # -
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO
MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
16. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BANGUERA	LOPEZ	LUZ	DAMARYS

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28556756
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [✔]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [✔] M T NB Otro — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 22 DIA 10 MES 1982
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 28 DIA 01 MES 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WapiApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		

IX. FIRMAS

X
80. El cotizante, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad
Total 0

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 acta administrativa 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]
Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido / Segundo apellido / Primer nombre / Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA MES AÑO

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.

VIGILADO SUPERSALUD

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:

LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.556.756**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero 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.

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

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO

Tipo Examen: INGRESO N° Orden: 277403 Fecha Examen: 2023-02-01 Hora: 08:50:02

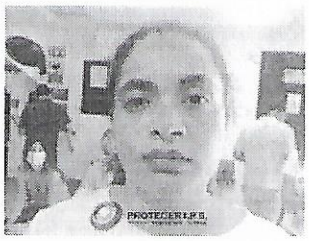
DATOS DE LA EMPRESA

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

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: LUZ DAMARYS APELLIDOS: BANGUERA LOPEZ
IDENTIFICACIÓN: 28556756 FECHA DE NACIMIENTO: 22 de Octubre de 1982 EDAD: 40
C.C: N/A U.G: N/A
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: ESPECIALIZADO CARGO: INSTRUCTORA
ARL: POSITIVA EPS: NUEVA EPS AFP: Porvenir

FOTOGRAFIA



EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Audiometria, Examen Medico Ocupacional, Optometria

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN

RESULTADO: Con Recomendaciones

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

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Sintomatico

OTRAS INDICACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones de Protección Visual

1) Control Optometria en 1 año

OTRAS INDICACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

ERGONOMIA DEL PUESTO DE TRABAJO, MANTENER HIGIENE POSTURAL, ALTERNAR POSTURAS DE PIE / SENTADO CADA HORA, EVITAR FLEXION CONSTANTE DE LA COLUMNA. MEJORAR SUS HABITOS NUTRICIONALES, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIA, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS.







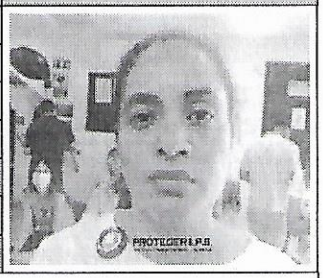
Atendido por: GUERRERO VELASCO NANCY ALEXANDRA
Registro Médico: 254804/2013
Licencia S.O.: 4492

Paciente: BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS
Identificación: 28556756

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS			Identificación: 28556756	
Género: FEMENINO	RH: A+	Fecha de Nacimiento: 22 de Octubre de 1982		Edad: 40
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO		Orden: 277403	Fecha: 2023-02-01
EPS: NUEVA EPS	ARL: POSITIVA		AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: PRIVADO

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: PRIVADO

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Funciones: NO REFIERE	
Fecha de Ingreso: NO REFIERE	Antiguedad: NO REFIERE
Sección: NO REFIERE	Cargo: INSTRUCTORA

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:

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:

EVALUACIÓN

A. Agudeza Visual	B. Lensometría

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	Reposo auditivo extralaboral

OBSERVACIONES
AUDICION NORMAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES DE 500 HZ, 1000 HZ, 2000 HZ Y EN FRECUENCIAS AGUDAS DE 3000 HZ, 4000 HZ, 6000 HZ Y 8000 HZ

Dr. Fabián Botina
Especialista en Fonoaudiología
CC: 1089487539

Atendido por: BOTINA INGUAGUA SILVIO FABIAN
Reg.: 1089487539

Paciente: BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS
Identificación: 28556756

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

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:	8	
Hiperemia Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho:	N	
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:	N	
Pterigio	No		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Secreción Ocular	No	Estereopsis	Normal	Normal
Edemea Palpebral	No	Visión Cromatica	Normal	Normal
Blefaritis	No	Campo Visual	Normal	Normal
		Oftalmoscopia	Normal	Normal

E. Subjetivo

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

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Emetropia	Ambos Ojos	No requiere Corrección	Ambos Ojos

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Control Optometria en 1 año

OBSERVACIONES

Angie Tatiana Perilla Rodriguez
T.P. 1.233.889.059
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
Resolución 1130 abril 2022

Atendido por: PERILLA RODRIGUEZ ANGIE TATIANA
Reg.: 1233889059

Paciente: BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS
Identificación: 28556756

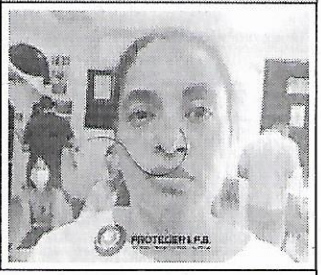
PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629-1
Calle 20 N° 39 - 54 Barrio Camoa
Tel. 6833822 - 6660566 - 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

AUDIOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS		Identificación: 28556756	
Género: FEMENINO	RH: A+	Fecha de Nacimiento: 22 de Octubre de 1982	Edad: 40
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO	Orden: 277403	Fecha: 2023-02-01
EPS: NUEVA EPS	ARL: POSITIVA	AFP: Porvenir	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: PRIVADO

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: PRIVADO

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL/RETIRADO O A INGRESAR

Funciones: NO REFIERE	
Fecha de Ingreso: NO REFIERE	Antiguedad: NO REFIERE
Sección: NO REFIERE	Cargo: INSTRUCTORA

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

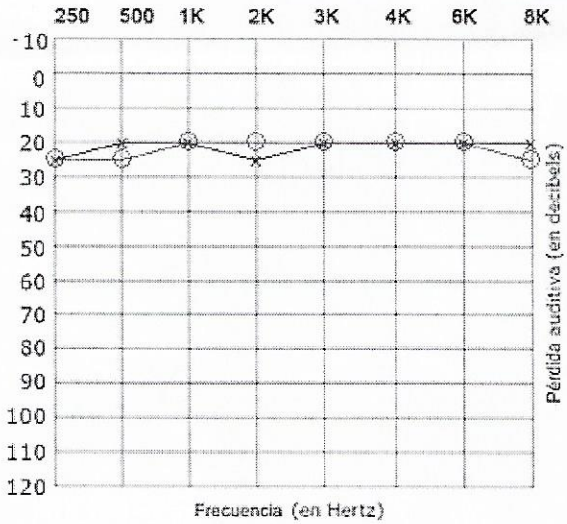
Tejo	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Poligono	No	Dispositivos de audio	No
Otro	No		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso Auditivo (horas): 8	Realizo Re-Test: No	Uso Cabina Sonoamortiguada: No

EVALUACIÓN

Audiograma



Convenciones

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

Sin E: Sin Enmascaramiento; Con E: Con Enmascaramiento

Otoscopia

Oido Derecho: PA: NORMAL ; CAE: NORMAL ; M.T: NORMAL

Oido Izquierdo: PA: NORMAL ; CAE: NORMAL ; M.T: NORMAL

CUAT	No	CUAP	No

Frecuencia en Hz	250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
Oido Derecho Via Áerea	25	25	20	20	20	20	20	25
Oido Izquierdo Via Áerea	25	20	20	25	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		Reposo auditivo extralaboral		
OBSERVACIONES				
AUDICION NORMAL PARA FRECUENCIAS CONVERSACIONALES DE 500 HZ, 1000 HZ, 2000 HZ Y EN FRECUENCIAS AGUDAS DE 3000 HZ, 4000 HZ, 6000 HZ Y 8000 HZ				

Dr. Fabián Botina
Especialista en Fonoaudiología
CC: 1089487539

Atendido por: BOTINA INSUASTY SILVIO FABIAN
Reg.: 1089487539

Paciente: BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS
Identificación: 28556756

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: 22/01/2025

No. 25180110000394

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
28556756	8	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario
LUZ DAMARIS BANGUERA LOPEZ

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
09/06/2020	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO	28556756	LUZ DAMARIS BANGUERA LOPEZ

UBICACIÓN

13. Dirección Principal
CRA 19B NO 18 - 52 CATARRANA 1

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	

17. Correo Electrónico	18. Teléfono	19. Código Postal
DAMAB6501@GMAIL.COM	3124148475	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	314	8530	21/02/2008
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 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

MYRIAM LUCÍA 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: ENIETO