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
ZAPATA	CALVO	ERIKA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52329140	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 09 AÑO 1973

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 50 11 60 calle 5011-60 apto 601 torre 1- Buque

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 304716698 EMAIL zaerika@hotmail.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	1992
										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		FINANZAS Y NEGOCIOS	12	1998	

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*
FUNDACION UNIVERSITARIO INTERNACIONAL DEL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		GERENCIA Y AUDITORIA DE LOS SISTEMAS DE GESTION DE CALIDAD	06	2007
r la Universidad de Antioquia, la Universidad de Caldas y la empresa Ubicua Technology	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	159	X		Inteligencia artificial Nivel Básico	09	2025

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 DISTRIBUYA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* PALMIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 314936118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE AREA DE COMERCIO EXTERIOR	*DEPENDENCIA* JEFE ADMINISTRATIVO Y COMERCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 35A ESTE nullA null Calle 35A # 45 - 03Palmira						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6818140	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 40 A 24 71 calle40 24-71						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6818140	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	05	*Año* 2017	*Día*	04	*Mes*	08	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 40 A 24 71 calle 40 24-71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6818140	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	12	*Mes*	04	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 40 24 71 calle 40 24 71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAMARA DE COMERCIO DE VILLAVICENCIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6688181	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	12	*Año* 2016	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CALLE 40 24 71 calle 40 24 71						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ATC ATENCION TECNICO CALIDAD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	02	*Año* 2004	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2004	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINITARTIVO	*DEPENDENCIA* AADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 18B 49A 26						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 4362751	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	06	*Mes:*	10	*Año:* 2021	*Día:*	30	*Mes:*	11	*Año:*	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* CARRERA 5B ESTE 14B 60 ESTE Cra 14 # 5B-60						

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:	24	Mes:	03	Año: 2015	Día:	11	Mes:	12	Año:	2015
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: - rtwt					
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:	26	Mes:	08	Año: 2014	Día:	12	Mes:	12	Año:	2014
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:					
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:	05	Mes:	02	Año: 2013	Día:	15	Mes:	12	Año:	2013
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:					
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:	10	Mes:	09	Año: 2012	Día:	15	Mes:	12	Año:	2012
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN:					
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:	15	Mes:	03	Año: 2012	Día:	04	Mes:	07	Año:	2012
AREA DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO: PREGRADO					DIRECCIÓN: CARRERA 48A 6 40 48 #6-40					

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:	10	Mes:	08	Año:	2011	Día:	15	Mes:	12	Año:	2011
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN - dtyhrd					

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:	2010	Día:	30	Mes:	11	Año:	2010
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN - dgsd					

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	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	10
EXPERIENCIA DOCENTE	3	9

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 -2025

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: 2025.09.17 16:12:03 -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	2025-09-11 22:17

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ERIKA		ZAPATA	CALVO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	52329140

Lugar de nacimiento

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

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	INSTRUCTOR

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 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$320.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$12.500.000,00
Honorarios	$3.865.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$16.685.000,00

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	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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:

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 Erika Zapata Calvo, identificado(a) con CC número 52329140, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52329140
NOMBRES Y APELLIDOS	Erika Zapata Calvo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	18/09/1973
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 Tiene El Servicio Suspendido
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	18 - Inconsistencias En Pagos De Cotizacion Obligatoria
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	45 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	20 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2018
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52329140 Trabajador Independiente
Desde 03/02/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 52329140
ERIKA ZAPATA CALVO Desde 19/11/2024 Hasta 31/12/2024

Generado por interfaces 11/09/2025

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZAPATA CALVO ERIKA** identificado(a) con **CC** número **52.329.140** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de julio de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 11 de septiembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

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: INGRESO N° Orden: 48287 Fecha Examen: 2025-09-13 Hora: 10:20:35

FOTOGRAFIA



DATOS DE LA EMPRESA

EMPRESA: PARTICULARES NIT: 01 SECTOR: -

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

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ERIKA APELLIDOS: ZAPATA CALVO

IDENTIFICACIÓN: 52329140 FECHA DE NACIMIENTO: 18 de Septiembre de 1973 EDAD: 51

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) NIVEL EDUCATIVO: ESPECIALIZADO CARGO: INSTRUCTORA

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

EXAMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular, Cuadro Hematico (hemograma), Optometria, Audiometria, Examen Medico Ocupacional

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 Descartado

OTRAS RECOMENDACIONES MEDICAS

Programa de Protección Auditiva

1) Control Auditivo en 1 año 2) Control de exposición a ruido en la fuente 3) Reposo auditivo extralaboral 4) Uso de Protección Auditiva

Recomendaciones de Protección Visual

1) Control Optometria en 1 año 2) Corrección Óptica con anteojos 3) Uso de corrección optica permanente.

OTRAS RECOMENDACIONES MEDICAS NO PERTENECIENTES AL CARGO

Bajar de peso, higiene postural, pausas activas, realizar actividad fisica regular minimo 5 veces por semana, uso de epp, proteccion auditiva segun exposicion a ruidos. control anual con optometria.

FELISA PEREZ CALDERÓN
MÉDICO ESPECIALISTA SST
R.M. 6238
C.C. 1.047.422.687



Atendido por: PEREZ CALDERON FELISA
Registro Médico: 1047422687
Licencia S.O.: 6238

Paciente: ZAPATA CALVO ERIKA
Identificación: 52329140

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: ZAPATA CALVO ERIKA		Identificación: 52329140	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 18 de Septiembre de 1973	Edad: 51
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO	Orden: 48287	Fecha: 2025-09-13
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Proteccion	

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

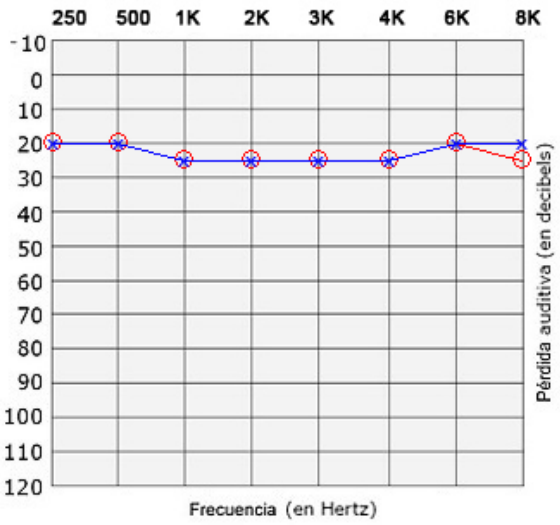
Tejo	No	Moto	No
Discoteca	No	Servicio militar	No
Poligono	No	Dispositivos de audio	No
Otro	No		

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	25	25	25	25	20	25
Oido Izquierdo Via Áerea	20	20	25	25	25	25	20	20
Oido Derecho Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-
Oido Izquierdo Via Ósea	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

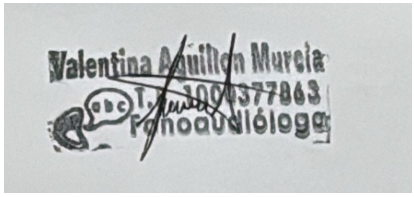
Diagnostico		Severidad - CAOHC	
Audición Normal	Bilateral	Normal (0 - 25db)	Bilateral

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo

EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES	
Control Auditivo en 1 año	Reposo auditivo extralaboral
Uso de Protección Auditiva	Control de exposición a ruido en la fuente

OBSERVACIONES
PTA DENTRO DE LOS PARAMETROS DE NORMALIDAD BILATERAL
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA DENTRO DE PARAMETROS NORMAL BILATERAL
USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO LABORAL A MÀS DE 85dB
REPOSO AUDITIVO EXTRALABORAL
CONTROL ANUAL



Atendido por: AGUILLON MURCIA VALENTINA
Reg.: R.S 9387 DE 2024

Paciente: ZAPATA CALVO ERIKA
Identificación: 52329140

OPTOMETRIA

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: ZAPATA CALVO ERIKA		Identificación: 52329140	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 18 de Septiembre de 1973	Edad: 51
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO	Orden: 48287	Fecha: 2025-09-13
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Proteccion	

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: 11	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	20/50	2.00M	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	20/50	2.00M	-	-	-	-

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:	12	
Hiperemia Conjuntival	No	Retinoscopia Ojo Derecho:	ASTIGMATISMO	
Ptosis Palpebral	No	Retinoscopia Ojo Izquierdo:	ASTIGMATISMO	
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	+1.50	-1.00	0	20/20	-	-	-	-	-
Ojo Izquierdo	+1.25	-1.00	0	20/20	-	-	-	-	-
Adición de Lente	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DIAGNOSTICO

Diagnostico		Interpretación	
Astigmatismo	Ambos Ojos	Problema de Refraccion Adecuadamente Corregido	Ambos Ojos

Descripción Diagnostico	Origen	Tipo
ASTIGMATISMO	Comun	Impresión Diagnostica

RECOMENDACIONES

Control Optometria en 1 año	Corrección Óptica con anteojos
Uso de corrección optica permanente.	

OBSERVACIONES

Ninguna

Oscar Forero Gomez
Optometra P.U.J.M
T.P. 79167563
Reg. 0411

Atendido por: FORERO GOMEZ OSCAR
Reg.: 0411CTNPO

Paciente: ZAPATA CALVO ERIKA
Identificación: 52329140

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-04-FI
VERSIÓN	06
FECHA	14-FEB-2012
Pág 1 de 1	

EXAMENES DE LABORATORIO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FOTO



Nombre: ZAPATA CALVO ERIKA		Identificación: 52329140	
Género: FEMENINO	RH: O+	Fecha de Nacimiento: 18 de Septiembre de 1973	Edad: 51
Tipo Examen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	INGRESO	Orden: 48287	Fecha: 2025-09-13
EPS: SANITAS S.A. E.P.S.	ARL: POSITIVA	AFP: Proteccion	

EMPRESA

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

ENTIDAD EN MISION

NIT: 01	Razon social: PARTICULARES	Actividad Economica: -

Fecha Muestras
2025-09-13 09:40:37

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Nombre	Resultado	Unidad	Valor Referencia
GLÓBULOS BLANCOS	6.72	X 10^3/L	4.5 - 11
GRANULOCITOS	NEUTROFILOS: 60.6	%	45-70
LINFOCITOS	30.7	%	20-45
CELULAS MEDIAS	MONOCITOS: 6.1 - EOSINOFILOS: 2.3 - BASOFILOS: 0.3	%	0-6
RECUENTO DE G ROJOS	4.10	x 10 ^6/ul	4.6-6.2
HEMOGLOBINA	11.9	gr / dl	13-16
HEMATOCRITO	35.3	%	40-54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.2	fl	80-98
HB CORPUSCULAR MEDIA	28.9	pg	27-31
CONCENTRACION HB C MEDIA	33.5	gr / dl	32-38
ANCHO DE DISTRIBUCION DE GR	13.7	%	12 - 15
PLAQUETAS	380	x 10 ^3/ul	144-444
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIOC	10.7	fl	

Observaciones:

Camila Moreno Romero
Bacteriologa y Laboratorista Clínico
T.P. 1003242726



Atendido por: MORENO ROMERO CAMILA ANDREA
Reg.:

Paciente: ZAPATA CALVO ERIKA
Identificación: 52329140

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: 11/09/2025

No. 25180110003881

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
52329140	6	NATURAL	SIMPLIFICADO

4.Razón Social y/o Nombre del Propietario: **ZAPATA CALVO ERIKA**

5. Fecha de Inscripción	6. Estado	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor?	9. ¿Es Auto Retenedor?
29/01/2024	ACTIVO		NO	NO

10. ¿Es Temporal?	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario
NO		ZAPATA CALVO ERIKA

UBICACIÓN

13. Dirección Principal: **CARRERA 50 # 11 - 60, TORRE 1 APARTAMENTO 601**

14. Ciudad	15. Departamento	16. Barrio
VILLAVICENCIO	META	EL BUQUE
17. Correo Electrónico	**18. Teléfono**	**19. Código Postal**
ZAERIKA@HOTMAIL.COM	3044716698	

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	8560	0	03/10/2022
Actividad Secundaría	8523	0	03/10/2022
Actividad Terciaría			
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

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

Se expide el **11 de septiembre del 2025** 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: ENIETO

Scanned with CamScanner