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
LOPEZ	LINARES	DIANA MARCELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1121825410	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 09 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 1 # 24-03

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELÉFONO 3112386770 EMAIL dianitalopez21@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	11	AÑO	2004
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION TECNOLOGICA EN FERTIRRIEGO	12	2018	
PREGRADO	4	X		TECNOLOGIA EN PRODUCCION	11	2012	
PREGRADO	3	X		TECNICO PROFESIONAL EN PRODUCCION PECUARIA	08	2007	

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*
CENACAP	EDUCACIÓN INFORMAL	96	X		N-TIC´S NUEVAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION	07	2016
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		INDUCCION PEDAGOGICA DE LA FORMACION PROFESIONALPARA EL TRABAJO Y DESARROLLODESARROLLO	07	2017
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		DESARROLLO DE PROCESOS COMUNICATIVOS BASICOS DE LA FORMAORAL Y ESCRITA EN INGLES	12	2017
CORPORACION INTERNACIONAL DE LIDERES ONG	EDUCACIÓN INFORMAL	12	X		PENSAMIENTO CRITICO	05	2020
CORPORACION INTERNACIONAL DE LIDERES ONG	EDUCACIÓN INFORMAL	160	X		DOCENCIA UNIVERSITARIA CO ENFASIS EN LS TIC	05	2020
CORPORACION INTERNACIONAL LIDERES ONG	EDUCACIÓN INFORMAL	4	X		CICLOS PROPEDEUTICOS	05	2020
CORPORACION INTERNACIONAL DE LIDERES ONG	EDUCACIÓN INFORMAL	12	X		INVESTIGACION EN LA DOCENCIA	05	2020
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIEMINTOS TECNICOS Y NORMATIVA	10	2020
INSTITUTO TECNICO SABERNET	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	600	X		TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ASISTENTE	01	2024

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*

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE RESTREPO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2008	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO OPERATIVO	*DEPENDENCIA* AGRONOMIA-ASISTENCIA TECNICA					*DIRECCIÓN* - CLLE 8 # 7 -03						

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	18	*Mes:*	02	*Año:* 2025	*Día:*	26	*Mes:*	11	*Año:*	2025	
AREA DE CONOCIMIENTO NO APLICA	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* KM17 VIA PUERTO LOPEZ						
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:	31	*Mes:*	01	*Año:* 2023	*Día:*	11	*Mes:*	12	*Año:*	2023	
AREA DE CONOCIMIENTO NO APLICA	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* KM 17 VIAPTOLOPEZ						
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:	07	*Mes:*	02	*Año:* 2022	*Día:*	08	*Mes:*	12	*Año:*	2022	
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* KM12 VIA PUERTO LOPEZ						
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:	08	*Mes:*	03	*Año:* 2021	*Día:*	18	*Mes:*	12	*Año:*	2021	
AREA DE CONOCIMIENTO NO APLICA	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO					*DIRECCIÓN* km 17 Via Pto López						

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:	03	Mes:	04	Año:	2020	Día:	16	Mes:	12	Año:	2020
AREA DE CONOCIMIENTO NO APLICA	NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO				DIRECCIÓN KM 17 VIA PTO LOPEZ					
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:	2018	Día:	30	Mes:	08	Año:	2018
AREA DE CONOCIMIENTO NO APLICA	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN KM 17 VIA PTO LOPEZ					

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

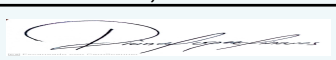
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	4	6

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 Villavicencio, Enero 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: 2026.01.23 20:38:10 -05'00'

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-06 16:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	MARCELA	LOPEZ	LINARES

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1121825410

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	RESTREPO

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

Lugar de sede

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$45.995,11
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$45.995,11

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	$20.000,00

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 [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
LIBORIO	EDUARDO	GONZALEZ	ROJAS

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 79396745

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:



DIANA MARCELA LOPEZ LINARES
CC 1121825410
Enero de 2026

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 Diana Marcela Lopez Linares, identificado(a) con CC número 1121825410, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1121825410
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Marcela Lopez Linares
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	21/09/1986
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	54 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	35 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1121825410 DIANA MARCELA LOPEZ LINARES Desde 01/01/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1121825410 DIANA MARCELA LOPEZ LINARES Desde 03/04/2020 Hasta 31/12/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1121825410 Trabajador Independiente Desde 16/02/2022 Hasta 31/12/2024

Generado por interfaces 27/12/2025

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) **LOPEZ LINARES DIANA MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.121.825.410** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de marzo de 2011 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 MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 27 de diciembre 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/**

INTEGRAR
salud y seguridad

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 3.507

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	12 MES	2025 AÑO	VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES	A QUIEN INTERESE

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

8710 - ACTIVIDADES DE ATENCIÓN RESIDENCIAL MEDICALIZADA DE TIPO GENERAL.

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
LOPEZ LI8NARES DIANA MARCELA	FEMENINO	39 AÑOS 3 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1121825410 (Número)

Cargo: **CONTRATISTA SENA**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PROTECCION	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 91273097 - RUBEN IVAN MARTINEZ

R. M.: 688597 **L.S.O.:** 68-859/1999

Código de Seguridad
H1148N1T3507

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ LI8NARES DIANA MARCELA

CC: 1121825410

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1478**

Fecha: 03/01/2026 **Ciudad:** VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO **Eps:** SANITAS
CC: 1121825410 **Nombre:** LOPEZ LINARES DIANA MARCELA **Edad:** 39 AÑOS 3 MESES 12 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 21/09/1986 **Empresa:** A QUIEN INTERESE **Ocupacion:** CONTRATISTA SENA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTORA	NINGUNA	NO APLICA	10	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

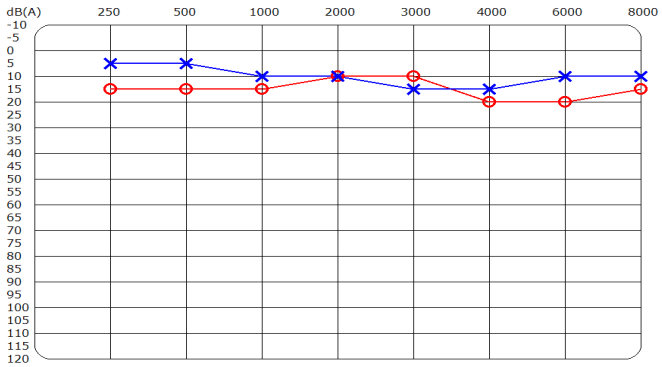
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 8 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX SN 30661 **F. Ultima Calibración:** 2025-02-21

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



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	10	10	20	20	15
VAOI	5	5	10	10	15	15	10	10

PTA Oido derecho: 12.50 **PTA Oido izquierdo:** 10.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

GRADO DE ALTERACIÓN-TABLA LARSEN MOD

Oído derecho: NORMAL **Oído izquierdo:** NORMAL **Bilateral:** NORMAL

Descripción frecuencial

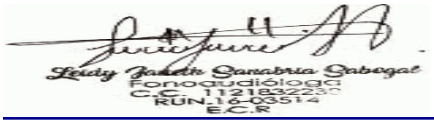
AUDICION NORMAL BILATERAL.

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma: 

Nombre: CC: 1121832230 - LEIDY JANETH SANABRIA

R. M.: 16-03514 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

K1148Q2W1478

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: LOPEZ LINARES DIANA MARCELA

CC 1121825410

INTEGRAR SALUD Y SEGURIDAD SAS
NIT. 901.200.839-9
Calle 15 No. 37 L 10 Esperanza 8 etapa
Cels. 317 667 8051 - 318 806 7994 - Tel. 666 8018
E-mail. subgerencia@integrarips.com
www.integrarips.com



EXAMEN DE CONSULTA DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 2,459

Fecha: 03/01/2026 **Municipio:** VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) **CC:** 1121825410 **Nombre:** LOPEZ LINARES DIANA MARCELA **Edad:** 39 AÑOS 3
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA SENA **Empresa:** A QUIEN INTERESE
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO **F. Último Examen:** 2 AÑO
Lugar del Último Examen: PARTICULAR **Motivo Consulta:** REFRENDACION

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	DESCANSO Y PROTECCION
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	0.50 M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	0.50 M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	0.50 M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **ESTRUCTURAS PRESENTES Y SANAS**
OJO IZQUIERDO: **ESTRUCTURAS PRESENTES Y SANAS**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

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

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

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

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/
OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/

RX FINAL

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

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **16/16**

OJO IZQUIERDO: **16/16**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **40 SEG DE ARCO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

- SE EXPLICA ESTADO DE SALUD VISUAL
- SE RECOMIENDA USO DE GAFAS DE PROTECCIÓN AL EXPONERSE AL MEDIO AMBIENTE, CON FILTRO UV+ FILTRO AR
- USO DE EPIS
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
- NO HACER FRICCIÓN SOBRE SUPERFICIE OCULAR
- USO DE LUBRICANTE OCULAR
- REALIZAR CONTROLES ANUALES

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CC: 52547095 - GLORIA YANET BAEZ

R. M.: 3230CTNPO **L.S.O.:**

Código de Seguridad

W1148C3I2459

PACIENTE



Firma:

Nombre: LOPEZ LINARES DIANA MARCELA

CC: 1121825410

LABORATORIO CLINICO

DRA. NORMA LUCERO CASTILLO A.

BACTERIOLOGA C.M.C./REG. 1074 SSM

NIT.21189187-7/CEL.3112787301

CRA 6 # 8 - 84 B.CENTRO (RESTREPO - META)

Fecha:	ENERO 02/2026
NOMBRE	DIANA LOPEZ
CC	1,121,825,410

Fecha de Recepción: ENERO 02/2026

Fecha de Emisión:ENERO 02/2026

	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA		RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE			GLICEMIA POST		
COLESTEROL TOTAL	184 mg/dl	hasta 200 mg/dl	COLESTEROL HDL	76 mg/dl	45 - 65 mg/dl
TRIGLICERIDOS	140 mg/dl	hasta 150 mg/dl	COLESTEROL LDL	80 mg/dl	hasta 150 mg/dl
TRANSAMINASA GOT			CREATININA		
TRANSAMINASA GPT			BUN		
FOSFATASA ALCALINA			ÁCIDO ÚRICO		
BILIRRUBINA DIRECTA					
BILIRRUBINA INDIRECTA					
BILIRRUBINA TOTAL					

Norma Lucero Castillo A.
BACTERIÓLOGA C.M.C.
REG. 1074 S.S.M.

Bacteriologa

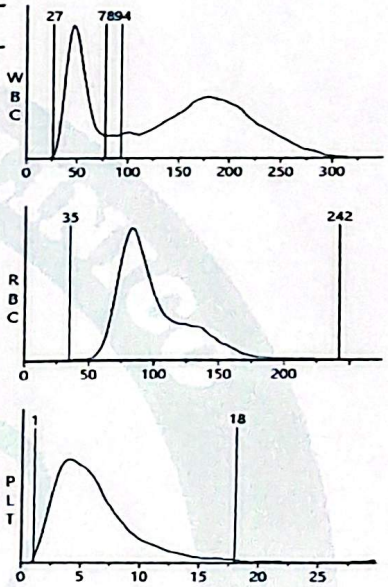
Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO NORMA CASTILLO

URIT Auto Hematology Analyzer

Nº serie:	1121825410	ID Caso:	5-20-01-026
Nombre:	DIANA MARCELA LOPEZ LINARES	ID Cama:	
Edad:	39Año	Sexo:	Femenino
Sangre:		Grupo:	Mujer
Tipo de paciente:		Departamento:	
Código de barras:		Diagnóstico:	
Observación:		Modo:	Sangre total
Hora Prueba:	20-01-2026 09:12:00	Imprimir Hora:	20-01-2026 11:33:54

Ítem	Resultado	Unidad	Rango	Éxito
LEU (WBC)	6.5	10^3/uL	5.0~10.5	
LIN% (LYM%)	31.0	%	26.0~46.0	
MID% (MID%)	3.5	%	2.3~8.5	
GRAN% (GRAN%)	65.5	%	48.7~65.3	H
LIN# (LYM#)	2.0	10^3/uL	1.2~3.7	
MID# (MID#)	0.2	10^3/uL	0.1~0.6	
GRAN# (GRAN#)	4.3	10^3/uL	2.3~8.2	
ERI (RBC)	4.05	10^6/uL	3.80~5.10	
HGB (HGB)	12.5	g/dL	12.0~15.1	
HCT (HCT)	37.7	%	36.4~46.0	
VCM (MCV)	93.2	fL	83.0~96.0	
HCM (MCH)	30.8	pg	26.4~32.3	
CHCM (MCHC)	33.1	g/dL	31.8~34.2	
RDW_SD (RDW_SD)	51.1	fL	37.0~54.0	
RDW_CV (RDW_CV)	13.5	%	13.5~16.5	
PLQ (PLT)	243	10^3/uL	150~450	
VPM (MPV)	6.7	fL	7.0~10.5	L
PCT (PCT)	0.16	%	0.10~0.28	
P_LCR (P_LCR)	13.3	%	13.0~43.0	
P_LCC (P_LCC)	32	10^3/uL	13~129	



Norma Lucero Castillo
BACTERIÓLOGA C.M.C
Reg. 074 S.S.M

Remitente: **Operario:administrator** **Auditor:**

Este resultado es válido sólo para la muestra actual

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO

DRA. NORMA LUCERO CASTILLO A.
BACTERIOLOGA C.M.C./REG. 1074 SSM
NIT.21189187-7/CEL.3112787301
CRA 6 # 8 - 84 B.CENTRO (RESTREPO - META)

Fecha:	ENERO 20/2026
NOMBRE	DIANA MARCELA LOPEZ
CC	1,121,825,410

Fecha de Recepción: ENERO 20/2026
Fecha de Emisión: ENERO 20/2026

GLICEMIA PRE : 92 mg/dl **V.R : 70 - 100 mg/dl**

Norma Lucero Castillo
BACTERIÓLOGA C.M.C
REG. 1074 S.S.

.....
Bacterióloga

Powered by CamScanner

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

2026012002787

Nombre:	DIANA MARCELA LOPEZ LINARES			N° Ordenamiento:	520012026
Identificación:	CC 1121825410	Tel:	999999999	Fecha de recepción:	20/01/2026
Edad de ingreso:	39 Años, 3 Meses, 30 Días	Sexo:	Femenino	Fecha toma muestra:	20/01/2026
Fecha de nacimiento:	21/09/1986			Fecha impresión:	21/01/2026
Médico:	MEDICOS VARIOS			Sede:	REFERENCIA VILLAVICENCIO
Empresa:	NORMA LUCERO CASTILLO ALCANTARA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
COLINESTERASA ERITROCITICA **Método: Espectrofotometria Cinética**	9.803	UI/L	9.572 a 15.031

JOSE GABRIEL GUTIERREZ GONZALEZ
CC 1073822616
QUÍMICO
21-ene.-2026 03:46 a. m.

ANYUL THIFANY MARIN ARIZA
CC 1014220352
BACTERIÓLOGA
21-ene.-2026 04:42 a. m.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 21/01/2026

No. 26360110000380

INFORMACIÓN GENERAL

1. Tipo de Novedad	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil
ACTUALIZACIÓN PORTAL	16/01/2024		

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

5. Tipo de Documento	6. No. de Documento	7. D.V.	8. Tipo de Persona	9. Régimen Industria y Comercio
CC	**1121825410**	8	NATURAL	Común () – Simplificado(**X**)

10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente
LOPEZ LINARES DIANA MARCELA

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

REPRESENTANTES LEGALES

Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL

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

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

19. Dirección Fiscal	20. Departamento	21. Ciudad o Municipio
CALLE 8 # 4 - 50, CASA	META	RESTREPO

22. Barrio	23. Correo Electrónico	24. Teléfono	25. Celular
REMANSOS DE ROSA BLANCA	DIANALOPEZL2186@GMAIL.COM	311236770	3112386770

ACTIVIDADES ECONOMICA

Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8523-0	EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA Y DE FORMACIÓN LABORAL	20/01/2026	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre	Dirección	Teléfono	Fecha Apertura	Fecha Cierre

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

Representante Legal o Propietario	Código de Verificación
Nombre: **LOPEZ LINARES DIANA MARCELA** No. Identificación: 1121825410	

**** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 1121825410 - FECHA: 21/01/2026 ****