



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

**DATOS PERSONALES**

|  |  |   |  |  |                  |
|--|--|---|--|--|------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>Díazgranados  |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>Acevedo |  | NOMBRES<br>Lina María  |                  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1020774266 |  |   | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/>   |  | SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>       |  | NÚMERO D.M.  |                  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA<br>DÍA 02 MES 06 AÑO 1992   |  |   | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CARRERA 56 - 80 295                |  |                  |
| PAÍS<br>COLOMBIA   |  | PAÍS<br>COLOMBIA                          | DEPTO<br>ATLÁNTICO   |  |                  |
| DEPTO<br>ATLÁNTICO   |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                 | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA  |  |                  |
| MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA  |  | TELÉFONO<br>3504956185                    | EMAIL<br>ldiazgranadosacevedo@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA)                      TL (TECNOLÓGICA)                      TE (TECNOLÓGICA 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 | No. SEMESTRES | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO                                 | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|-----------|---------------|----------|----|---|-------------|------|----------------------------|
|           |               | SI       | NO |   | MES         | AÑO  |                            |
| ACADÉMICA | APROBADOS     |          |    | OBTENIDO  |             |      |                            |
| POSTGRADO | 11            | X        |    | ESPECIALIZACION EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y PROCESOS HUMANOS | 12          | 2019 | 98291                      |

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  |

3

**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<br>ENERGIA SOLAR - TECNOGLASS       |  |  |   | PÚBLICA |     | PRIVADA<br>X |     | PAÍS<br>COLOMBIA                         |     |    |     |
| DEPARTAMENTO<br>ATLÁNTICO                             |  |  | MUNICIPIO<br>BARRANQUILLA                 |         |     |              |     | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD               |     |    |     |
| TELÉFONOS   |  |  | FECHA DE INGRESO                          |         |     |              |     | FECHA DE RETIRO                          |     |    |     |
|   |  |  | Día                                       | 01      | Mes | 07           | Año | 2015                                     | Día | 03 | Mes |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>ANALISTA DE GESTION HUMANA |  |  | DEPENDENCIA<br>ADMIN. Y DE GESTION HUMANA |         |     |              |     | DIRECCIÓN<br>CALLE 77 - 67 37 Oficina 37 |     |    |     |

4

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE |  |  |                  |         |      |         |      |                    |      |  |      |
|--------------------------|--|--|------------------|---------|------|---------|------|--------------------|------|--|------|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA    |  |  |                  | PÚBLICA |      | PRIVADA |      | PAÍS               |      |  |      |
| DEPARTAMENTO             |  |  | MUNICIPIO        |         |      |         |      | CORREO ELECTRÓNICO |      |  |      |
| TELÉFONOS                |  |  | FECHA DE INGRESO |         |      |         |      | FECHA DE RETIRO    |      |  |      |
|                          |  |  | Día:             |         | Mes: |         | Año: |                    | Día: |  | Mes: |
| AREA DE CONOCIMIENTO     |  |  | NIVEL EDUCATIVO  |         |      |         |      | DIRECCIÓN          |      |  |      |

5

**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     | 6                     | 2        |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE        | 0                     | 0        |
| <b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b> | <b>6</b>              | <b>2</b> |

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI, NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

**BARRANQUILLA, 25 DE FEBRERO 2025**



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

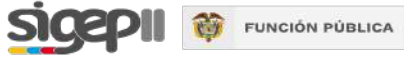
7

**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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



**FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

|                   |
|-------------------|
| ENTIDAD RECEPTORA |
|-------------------|

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, **LINA MARIA DIAZGRANADOS ACEVEDO**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.020.774.266 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: BARRANQUILLA

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA

Dirección CRA 56 NO 80-295 Teléfonos 3504956185

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS                 | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-------------------------------------|------------------------|------------|
| LINA MARIA ACEVEDO DE DIAZGRANADOS  | 36.547.268             | MAMA       |
| JOSE GREGORIO DIAZGRANADOS VALENCIA |                        | PAPA       |
|                                     |                        |            |
|                                     |                        |            |
|                                     |                        |            |
|                                     |                        |            |
|                                     |                        |            |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION x** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR         |
|-------------------------------------|---------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 7.724.000     |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  |               |
| GASTOS DE REPRESENTACION            |               |
| ARRIENDOS                           |               |
| HONORARIOS                          |               |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | 6.632.000     |
| <b>TOTAL</b>                        | \$ 14.356.000 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE CUENTA | LA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO CUENTA | DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|------------------|----|-------------------|--------------|--------------|
| BANCOLOMBIA        | AHORRO         | 40927716935      |    | PARQUE WASHINGTON | \$           | 1.000.000    |
| AV VILLAS          | AHORRO         | 816917434        |    | PRADO             | \$           | 1.000.000    |
|                    |                |                  |    |                   |              |              |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO        | VALOR         |
|-------------------|-----------------|---------------|
| DAVIVIENDA        | LIBRE INVERSION | \$ 10.900.000 |
| BBVA              | LIBRE INVERSION | \$ 90.000.000 |
| BANCOOMEVA        | LIBRE DESTINO   | \$ 87.000.000 |
|                   |                 |               |
|                   |                 |               |

### 1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
| DZG GROUP SAS         | DIRECTIVO          |
|                       |                    |
|                       |                    |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
| DZG GROUP SAS                      | PRINCIPAL        |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

c) En la actualidad:  SI  NO X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

|                                 |                             |    |
|---------------------------------|-----------------------------|----|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|                                 | C.C. T.I.                   |    |

### 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades economicas de caracter privado, adiccionales a las declaradas anteriormente, que ne venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE |
|----------------------------|----------|
|                            |          |
|                            |          |
|                            |          |

### 3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BARRANQUILLA, FEBRERO 2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP







INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUN-1992**

**SANTA MARTA**  
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**10-SEP-2010 BOGOTA D.C**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00261138-F-1020774266-20101021

0024460813A 1

35143126

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.774.266**

**DIAZGRANADOS ACEVEDO**

APELLIDOS

**LINA MARIA**

NOMBRES

*Lina Diazgranados Acevedo*

FIRMA





**CONSEJO PROFESIONAL**  
de Administración de Empresas

*Integridad, Servicio y Excelencia.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

**T.P. 98291**

**LINA MARIA**  
**DIAZGRANADOS ACEVEDO**

CC **1020774266** BOGOTÁ D.C.

Universidad **DE LA SABANA**

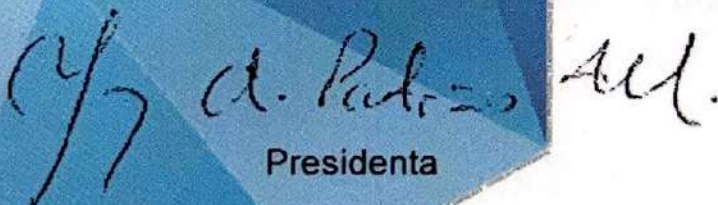
Título **ADMINISTRADOR DE EMPRESAS**

Fecha de Título **22/11/2016**




99177

La presente tarjeta se expide en virtud de la Resolución No. 11 del 04/04/17

  
Presidenta



Esta Tarjeta Profesional acredita al titular para el ejercicio de la profesión de conformidad con lo dispuesto por la Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988.

|   |                                       |  |   |    |      |   |  |
|---|---------------------------------------|--|---|----|------|---|--|
| <b>Nit 802007728-4</b><br><b>CRA. 58 N° 70-129 CONS. 105</b><br><b>3687760-3005425060</b> | <b>CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL</b> |  | <b>FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN</b> |    |      |  |  |
|   |                                       |  | 28  | 02 | 2024 |   |  |
|   | PRO                                   |  | <b>BARRANQUILLA</b>                             |    |      |   |  |
|   | Fecha 01 junio 2018                   |  | TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL               |    |      |   |  |
| Versión 3   |                                       | PRE-INGRESO <input checked="" type="checkbox"/> PERIODICO <input type="checkbox"/> RETIRO <input type="checkbox"/> |   |    |      |   |  |
|   |                                       | POST-INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>   |   |    |      |   |  |

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

**DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO**

**CONTRATISTA**

NOMBRE DE LA EMPRESA

CARGO

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE (Documento identificación C.C. cedula de ciudadanía, C.E. cedula extranjería, T.I. tarjeta identidad)

|                     |                  |                   |      |                             |            |
|---------------------|------------------|-------------------|------|-----------------------------|------------|
| <b>DIAZGRANADOS</b> | <b>ACEVEDO</b>   | <b>LINA MARIA</b> | EDAD | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION |            |
| PRIMER APELLIDO     | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES           | 31   | CC                          | 1020774266 |
|                     |                  |                   | ANOS | TIPO                        | NUMERO     |

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURA : N/A**

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL MANIPULACION ALIMENTO : N/A**

**CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PERIODICO : N/A**

**RESTRICCIONES : NINGUNA**

**RECOMENDACIONES : EJERCICIO REGULAR, CONTROL DE PESO.**

| Evitar estas condiciones o funciones                                |  | Agentes o factores de riesgo        |  | T | P |
|---|--|-------------------------------------|--|---|---|
| Levantamiento y transporte manual de carga <input type="checkbox"/> | Posturas forzadas <input type="checkbox"/>                                 | Ergonómico <input type="checkbox"/> | Físico <input type="checkbox"/>        |   |   |
| Empuje de carga <input type="checkbox"/>                            | Subir o bajar escaleras más del 50% de la jornada <input type="checkbox"/> | Mecánico <input type="checkbox"/>   | Psicolaboral <input type="checkbox"/>  |   |   |
| Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/>                    | Otra <input type="checkbox"/>  | Eléctrico <input type="checkbox"/>  | Orden público <input type="checkbox"/> |   |   |
| Exposición a vibración <input type="checkbox"/>                     |  | Químico <input type="checkbox"/>    | Biológico <input type="checkbox"/>     |   |   |

**Otra Condición** (escribir letra imprenta clara):

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Valorar por su EPS: NUTRICION</b><br>Neurocirugía <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/><br>Oftalmología <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/><br>Cirugía <input type="checkbox"/> Nutricionista <input checked="" type="checkbox"/><br>Medicina Interna <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/><br>Neumología <input type="checkbox"/> | <b>Ingresar sistema vigilancia epidemiológica:</b><br>SVE Osteomuscular <input type="checkbox"/> SVE Conservación auditiva <input type="checkbox"/> SVE Conservación visual <input type="checkbox"/><br>SVE Prevención riesgo cardiovascular:<br>Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Sobrepeso y Obesidad <input checked="" type="checkbox"/><br>SVE Conservación Respiratoria <input type="checkbox"/> | <b>Específicas:</b><br>Actividad física diaria <input checked="" type="checkbox"/><br>Dieta Balanceada <input checked="" type="checkbox"/><br>Estilo vida Saludable <input checked="" type="checkbox"/><br>Pausas Activas <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|--|---|

**Exámenes Realizados: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR**

**Laboratorios Realizados: N/A**

**Sospecha de:** Secuela accidente de trabajo SI \_\_NO\_X\_ Enfermedad profesional SI \_\_NO\_X\_ Enfermedad común agravada por el trabajo SI \_\_NO\_X\_ Si al examen de egreso encuentra una presunta enfermedad profesional o secuela de eventos profesionales (no diagnosticados) ocurridos durante el tiempo en que la persona laboró en la empresa, el empleador elaborará y presentará el correspondiente reporte(furet) a las respectivas entidades (ARP-EPS).

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la resolución 2346 de 2007 y la resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicos que allí reposan son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

  
 Cyndy J. Contreras Pino  
 Médico Especialista en  
 Seguridad y Salud en el trabajo  
 Resolución: 4683 R.M.70274-13

**FIRMA Y SELLO MEDICO ESP. SS.OO.**

**RM. 700274-13**

**Lic. SS.OO.: 4683**



**FIRMA DEL TRABAJADOR**



Este es el certificado de tu  
**Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 816917434**

El Banco AV Villas certifica que: **Lina Maria Diazgranados Acevedo**  
identificada con el documento No. 1020774266, tiene en la oficina BARRANQUILLA PRADO C(811) una  
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 816917434 desde el 02 de diciembre de 2021.

Fecha de expedición: 25/02/2025

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777

Medellín: 325 6000

Barranquilla: 330 4330

Cali: 885 9595

Bucaramanga: 630 2980

Resto del país: 01 8000 51 8000