**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MYRIAM YOLANDA MESA MARTINEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1057579964, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente voluntario riesgo laboral según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20250228 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Diciembre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
30948398

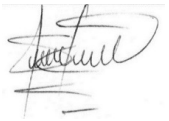
Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MYRIAM YOLANDA MESA MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1057579964,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de diciembre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

**182225-T**




MYRIAM YOLANDA
MESA MARTINEZ
C.C. 1057579964
RESOLUCION INSCRIPCION 521 FECHA 27/09/2013
UNIVERSIDAD U.P.T.C.

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 193686

182303

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

DAVIVIENDA

## A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2013/10/02
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MYRIAM YOLANDA MESA MARTINEZ
con Cédula de Ciudadanía número 1057579964
de SOGAMOSO-BOYACA
posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA AHORROS (DAMAS)**

Número 451500089490
Fecha Apertura 2013/10/02

Cordialmente,

DAVIVIENDA
4515 - OFICINA PORTAL DE LA 80

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **25/12/2025**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MYRIAM YOLANDA MESA MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1057579964**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| N#mero | **451500089490** |
| Saldo a la fecha | **18,985,654.35 Pesos** |
| Fecha de apertura | **02/10/2013** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



**EMPRESA**

PARTICULAR

**ACTIVIDAD ECONOMICA:** SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 1.413.866 | | | | |
| **CIUDAD** | BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S | | | | |
| **FECHA** | 05/01/2024 | **TIPO DE EXAMEN** | PRE-INGRESO | | |
| **NO. DOCUMENTO** | CC. 1.057.579.964 | **EDAD** | 34 | **GENERO** | F |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA | | | | |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | **CARGO U OFICIO** | DOCENTE | | |

**EXÁMENES REALIZADOS**

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - TEST PSICOLÓGICO O WARTEGG - VISIOMETRÍA

| CONCEPTO DE APTITUD | OTROS CONCEPTOS |
|---|---|
| Apto sin restricciones para el cargo | NA |

**RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA**

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

**RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR**

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

**RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA**

CONTROL EN UN AÑO - POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - EVITAR EL USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, ALTERNAR TELEFONO O AURICULARES ENTRE LOS DOS OIDOS, SI LA DIADEMA ES BILATERAL POR CADA HORA DE USO 10 MINUTOS DE REPOSO AUDITIVO, EVITAR USO DE COPITOS EN CONDUCTO AUDITIVO

**RECOMENDACIONES VISIOMETRIA**

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

**Consentimiento informado del aspirante o trabajador**

Yo MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA identificado con CC No. 1.057.579.964. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Diana Latorre L.
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
C.C. 20.957.985 Res. 25-5569

DRA DIANA LA TORRE LSO 25-5569

Aspirante o trabajador

CC. 1.057.579.964

MEDILABORAL

## HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

**EMPRESA** PARTICULAR
**SEDE** SANTA BARBARA
**NOMBRES** MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA
**FECHA** 05/01/2024



### DATOS PERSONALES

**DOCUMENTO:** CC.1057579964 **FEC. NACIMIENTO:** 25/01/1989 **EDAD:** 34 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
**ESTADO CIVIL:** CASADO **ESCOLARIDAD:** POSGRADO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3163205585
**L. NACIMIENTO:** BOGOTA **DOMICILIO:** CL 147 N 19 79
**CORREO:** MIYOMESA@HOTMAIL.COM

### DATOS GENERALES

**EMPRESA EN MISIÓN:** N/A
**TIPO DE EXAMEN:** PRE-INGRESO
**EPS:** COMPENSAR **ARL:** NO REIFERE **PENSIONES:** COLPENSIONES

### INFORMACIÓN OCUPACIONAL

**TIPO DE CARGO:** OPERATIVO
**OTRO:** NO REFIERE
**CARGO A DESEMPEÑAR:** DOCENTE
**TURNO:** DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
**DESCRIPCION DEL CARGO:** DOCENTE DE CONTABILIDAD

### AUDIOMETRIA

**FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 13/07/2022 **ANTIGUEDAD EN EL OFICIO:** Años: 10 - Meses: 0
**¿EXPOSICIÓN RUIDO LABORAL?:** NO
**¿USO DE EPA?:** NO
**¿CALL CENTER?:** NO

**ANTECEDENTES OTOLÓGICOS:**

| Evento | ¿Oido D? | ¿Oido I? | Observaciones |
|---|---|---|---|
| Otros | SI | SI | PRURITO OCAISONAL BILATERAL POR USO DE AUDIFONOS. |
| Oye en conversación co | SI | SI | NORMAL AMBOS OIDOS |
| Tiene reposo auditivo | SI | SI | 12 HORAS |

**ANTECEDENTES EXTRALABORALES:**

| Hábitos | Observaciones |
|---|---|
| Audífonos | 6 HORAS AL DIA/AMBOS OIDOS/ VOLUMEN 7/10/USO DE CELULAR POR DERECHO |
| Otros | NO REFIERE NINGUNO |

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

| Enfermedad | ¿Personal | ¿Familiar? | Detalle |
|---|---|---|---|
| Dislipedemia | NO | SI | PADRE |
| Otros | SI | NO | NO REFIERE NINGUNA. |

**OTROS ANTECEDENTES:**

| Hábitos | Observaciones |
|---|---|
| Presenta sensibilidad auditiva en ambientes ruidosos (Dolor de cabeza, Stress) | no refiere |

**EXAMEN AUDIOMETRICO:**

**OBSERVACIONES OI:** NORMAL
**OBSERVACIONES OD:** NORMAL

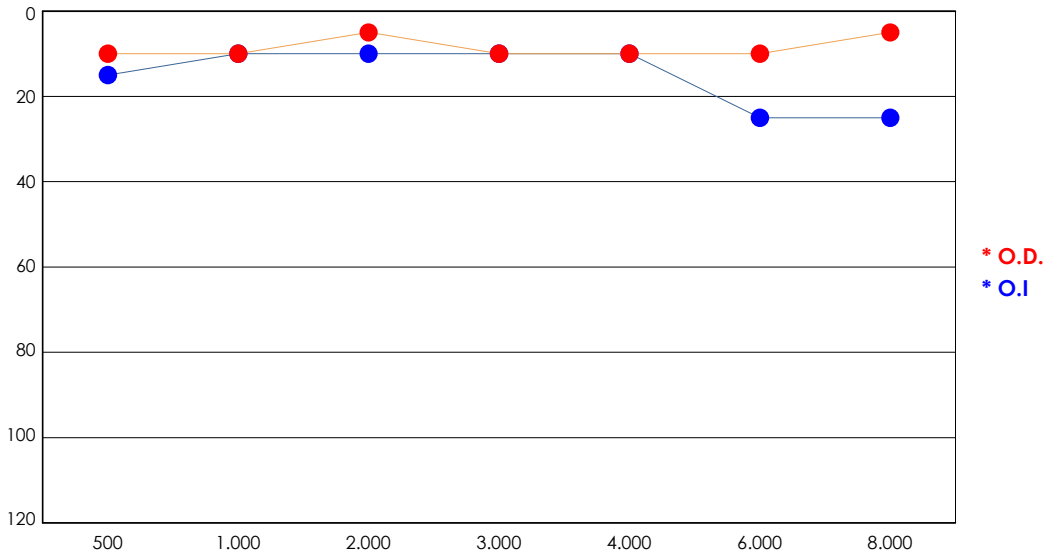
| HZ | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 | PTA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OIDO DERECHO | 10 | 10 | 5 | 10 | 10 | 10 | 5 | 8,75 |
| OIDO IZQUIERDO | 15 | 10 | 10 | 10 | 10 | 25 | 25 | 11,25 |

MEDILABORAL

## HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

**EMPRESA** PARTICULAR
**SEDE** SANTA BARBARA
**NOMBRES** MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA
**FECHA** 05/01/2024






**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

| Código | Descripción |
|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION |

**OBSERVACIONES AUDIOMETRIA:**

*SE REALIZA ATENCIÓN CON NORMAS DE BIOSEGURIDAD REQUERIDAS DE ACUERDO A RESOLUCION 555 DE 2023*

SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES BILATERAL.

**RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA:**

CONTROL EN UN AÑO - POR SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - EVITAR EL USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS, ALTERNAR TELEFONO O AURICULARES ENTRE LOS DOS OIDOS, SI LA DIADEMA ES BILATERAL POR CADA HORA DE USO 10 MINUTOS DE REPOSO AUDITIVO, EVITAR USO DE COPITOS EN CONDUCTO AUDITIVO

**Consentimiento informado**

Yo MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA identificado con CC.1057579964. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

1033685747
ANGELICA GONZALEZ VILLAREAL
Fonoaudióloga

dra ANGELICA GONZALEZ VILLARREAL

Aspirante o trabajador

CC.1057579964

MEDILABORAL

## HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

**EMPRESA** PARTICULAR
**SEDE** SANTA BARBARA
**NOMBRES** MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA
**FECHA** 05/01/2024



### DATOS PERSONALES

**DOCUMENTO:** CC.1057579964 **FEC. NACIMIENTO:** 25/01/1989 **EDAD:** 34 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 0
**ESTADO CIVIL:** CASADO **ESCOLARIDAD:** POSGRADO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 3163205585
**L. NACIMIENTO:** BOGOTA **DOMICILIO:** CL 147 N 19 79
**CORREO:** MIYOMESA@HOTMAIL.COM

### DATOS GENERALES

**EMPRESA EN MISIÓN:** N/A
**TIPO DE EXAMEN:** PRE-INGRESO
**EPS:** COMPENSAR **ARL:** NO REIFERE **PENSIONES:** COLPENSIONES

### INFORMACIÓN OCUPACIONAL

**TIPO DE CARGO:** OPERATIVO
**OTRO:** NO REFIERE
**CARGO A DESEMPEÑAR:** DOCENTE
**TURNO:** DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
**DESCRIPCION DEL CARGO:** DOCENTE DE CONTABILIDAD

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

**GENERALES:** NIEGA

**FAMILIARES:** PADRE TRIGLICERIDOS ALTOS

**OCULARES:** NO USO DE CORRECCION OPTICA

**OTROS:** PACIENTE FUE REVISADO BAJO PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19
COVID 19 JUNIO 2020

### VISIOMETRIA

**OCUPACIÓN:** DOCENTE - CONTADOR **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 10 - Meses: 0
**¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?:** NO
**¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?:** SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 05/05/2021
**¿TIENE LENTES FORMULADOS?:** NO
**FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES:** **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** NO
**TIPO DE CORRECIÓN:** NINGUNO **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** NO
**FORMA DE USO:**
PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
**¿CIRUGÍA OCULAR?:** NO

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

| Sintoma | Observaciones |
|---|---|
| Ardor | |

| | | |
|---|---|---|
| **LENSOMETRIA O.D - O.I.:** NO APLICA | **TIPO DE LENTE OD - OI:** NO APLICA | **ADD O.D - O.I:** NO APLICA |

**AGUDEZA VISUAL:**

| VISIÓN LEJANA | | | | VISIÓN CERCANA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OD | | OI | | OD | | OI | |
| *Sin corrección* | *Con corrección* | *Sin corrección* | *Con corrección* | *Sin corrección* | *Con corrección* | *Sin corrección* | *Con corrección* |
| 20/20 | 20/ | 20/20 | 20/ | 20/20 | 20/ | 20/20 | 20/ |

| VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS | | VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS | |
|---|---|---|---|
| *Sin corrección* | *Con corrección* | *Sin corrección* | *Con corrección* |
| 20/20 | 20/ | 20/20 | 20/ |

MEDILABORAL

## HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

**EMPRESA** PARTICULAR
**SEDE** SANTA BARBARA
**NOMBRES** MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA
**FECHA** 05/01/2024



**EXAMEN EXTERNO**

| | |
|---|---|
| **OD:** NORMAL | **OI:** NORMAL |

**COVER TEST**

| | |
|---|---|
| **LEJOS:** *[NORMAL]* | **CERCA:** *[NORMAL]* |

**PPC:** 1

**OFTALMOSCOPIA**

| | |
|---|---|
| **OD:** *[NORMAL]* | **OI:** *[NORMAL]* |

**PIN HOLE**

| | |
|---|---|
| **OD:** NO APLICA | **OI:** NO APLICA |

| | |
|---|---|
| **TIPO DE TEST:** ISHIHARA<br>**VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL]<br>**INTERPRETACIÓN:** N/A<br>**NÚMERO:** N/A<br>**TEXTO:** N/A<br>**OBSERVACIONES:** N/A | **ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]*<br>**SEGUNDOS/ARCO:** 40 |

| | |
|---|---|
| **INTERPRETACIÓN** | VISION NORMAL BILATERAL |

**IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA**

| Código | Descripción |
|---|---|
| Z010 | EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION |

| | |
|---|---|
| **RECOMENDACIONES** | CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20 |

| | |
|---|---|
| **OTRA RECOMENDACIÓN** | USO LUBRICANTE OCULAR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **REMITIDO A:** | N/A | **CAUSA REMISIÓN:** | N/A |

**Consentimiento informado**

Yo MESA MARTINEZ MYRIAM YOLANDA identificado con CC.1057579964. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Lorena Carlier R. OPTOMETRA U. DE LA SALLE REG. 52559620

DRA LORENA CARLIER

Aspirante o trabajador

CC.1057579964

RESULTADOS
**DE EXÁMENES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE:** | **MYRIAM YOLANDA MESA MARTINEZ** | **REFERENCIA:** | **321039139** |
| **DOCUMENTO:** | **CC. 1057579964 H.C. 1057579964** | **FECHA INGRESO:** | **03.Mar.2025 08:49 AM** |
| **EMPRESA:** | **PARTICULAR - ANALIZAR** | **SEDE:** | **Analizar Cedritos** |
| **DOCTOR:** | **NO DISPONIBLE** | **EDAD-SEXO:** | **36 Años - Femenino** |

# INMUNOQUIMICA

| ESTUDIO | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| **Glicemia (Glucosa)** | **111** | mg/dL | 70 - 100 mg/dL |

Vlr. Referencia para grupos Especiales:
Prematuros: 20 - 60 mg/dL

*Técnica: Hexoquinasa*

NOTA: Criterios diagnósticos de diabetes según Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2024:
- Glucosa plasmática en ayuno: mayor o igual a 126 mg/dL.

**Fecha de Validación: 03/Mar./2025 17:25**
**Analizado por, MIREYA VALBUENA DONOSO**
**LIDER DE PRODUCCION CENTRO T.P: 35196097**
*Copiado:mvd*

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.057.579.964

NUMERO

MESA MARTINEZ

APELLIDOS

MYRIAM YOLANDA

NOMBRES



Myriam Mesa

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1989

PESCA

(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O- G.S. RH

F SEXO

06-FEB-2007 SOGAMOSO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0727700-34158912-F-1057579964-20070530 00689 07150A 02 222529086

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

# DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
## REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:22/12/2025

| CONTRIBUYENTE | C.C. 1057579964 | MYRIAM YOLANDA MESA MARTINEZ |
|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 147 19 79 AP 702 AP 702 Teléfonos:

Dirección electrónica: miyomesa@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 29/01/2019 Soporte Inscripción: -

### PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 02/10/2013 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 2: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 3: 85511 - Educación académica no formal (excepto programas de educación básica primaria, básica secundaria y media no gradual con fines de validación)

Actividad 4:

Actividad 5:

### ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

### REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.



Fuente: RIT-SHD

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141226717207

(415)7707212489984(8020) 000014122671720 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 7 5 7 9 9 6 4 | 9 | Impuestos y Aduanas de Sogamoso 2 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 5 7 5 7 9 9 6 4 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Sogamoso 7 5 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MESA | MARTINEZ | MYRIAM | YOLANDA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Sogamoso 7 5 9 |

41. Dirección principal: CR 13 147 26 AP 712

42. Correo electrónico: miyomesa@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 6 3 2 0 5 5 8 5 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 4 1 | 2 0 1 3 1 0 0 7 | 6 9 2 0 | 2 0 1 3 0 1 1 6 | 8 5 4 2 | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

## Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora MYRIAM YOLANDA MESA MARTINEZ identificada con Cédula de Ciudadanía 1057579964, se inscribió en nuestro servicio el día 06/09/2007.

El presente certificado se genera el día 22/12/2025, por solicitud del interesado.

**Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.**

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 | 2025-12-25 12:47 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MYRIAM | YOLANDA | MESA | MARTINEZ |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1057579964 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

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

Lugar de domicilio

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

| 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 | $107.817.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $5.700.000,00 |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $113.517.000,00 |

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 | $13.130.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| MUEBLES Y ENSERES | COLOMBIA | BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | $8.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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 |
|---|---|
| DOCENTE, CONTADOR | DEPENDIENTE |

## 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:

| |
|---|
| |

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 |
|---|---|---|
| MESA | MARTINEZ | MYRIAM YOLANDA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1057579964 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 25 MES 01 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOYACÁ

MUNICIPIO PESCA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 147 19 79 APARTAMENTO CEDRITOS

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 3163205585 EMAIL miyomesa@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 | 2005 |
| | | | | | | | | | | 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 | 4 | X | | MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS MBA | 07 | 2022 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DEL TALENTO HUMANO | 06 | 2013 | |
| PREGRADO | 10 | X | | CONTADURIA PUBLICA | 12 | 2011 | 182225-T |

## 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 |
| | | | | | | | |

## 4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| ESPAÑOL | | X | | | X | | | X | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| ACOUNTER.AUDIT SAS | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3057127469 | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2016 | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2019 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | CONTABILIDAD | Sin dirección |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| PARROQUIA BETANIA FONTIBON | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Día | 05 | Mes | 02 | Año | 2014 | Día | 15 | Mes | 05 | Año | 2015 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | AREA CONTABILIDAD | CALLE 56 B 86 22 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE IZA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>IZA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>77990190 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 12 | *Mes* | 02 | *Año* 2013 | *Día* | 29 | *Mes* | 05 | *Año* | 2013 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>TESORERO | *DEPENDENCIA*<br>CONTABLE | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ACMM S.A..S TELECOMUNICACIONES | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>SOGAMOSO | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3124538106 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 01 | *Año* 2012 | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>CONTABLE | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 5 B 4 20 SOGAMOSO | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5600000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | 06 | *Mes:* | 02 | *Año:* 2021 | *Día:* | 22 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2021 | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65 - 13 10 | | | | | | |
| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5600000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | 02 | *Mes:* | 03 | *Año:* 2020 | *Día:* | 16 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2020 | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65 - 13 10 | | | | | | |
| *EXPERIENCIAS DEL DOCENTE* | | | | | | | | | | | | |
| *INSTITUCIÓN EDUCATIVA*<br>EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>5600000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día:* | 04 | *Mes:* | 02 | *Año:* 2019 | *Día:* | 21 | *Mes:* | 12 | *Año:* | 2019 | |
| *AREA DE CONOCIMIENTO*<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | *NIVEL EDUCATIVO*<br>PREGRADO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 65 - 13 10 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>SERVIVIO NACIONAL DE APREDIZAJE SENA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>5600000 | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | Día: | 24 | Mes: | 01 | Año: 2018 | Día: | 13 | Mes: | 12 | Año: 2018 | | | |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 65 - 13 10 | | | | | | | |
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS -UNIMINUTO- | | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | Día: | 11 | Mes: | 01 | Año: 2018 | Día: | 12 | Mes: | 12 | Año: 2018 | | | |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>5600000 | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | Día: | 23 | Mes: | 01 | Año: 2017 | Día: | 19 | Mes: | 12 | Año: 2017 | | | |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 65 - 13 10 | | | | | | | |
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | Día: | 01 | Mes: | 02 | Año: 2016 | Día: | 21 | Mes: | 12 | Año: 2016 | | | |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | | |
| | Día: | 23 | Mes: | 01 | Año: 2015 | Día: | 17 | Mes: | 12 | Año: 2015 | | | |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: | 17 | Mes: | 01 | Año: | 2014 | Día: | 13 | Mes: | 12 | Año: 2014 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| EXPERIENCIAS DEL DOCENTE | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN EDUCATIVA<br>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día: | 07 | Mes: | 10 | Año: | 2013 | Día: | 14 | Mes: | 12 | Año: 2013 |
| AREA DE CONOCIMIENTO<br>ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y | NIVEL EDUCATIVO<br>PREGRADO | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 65 - 13 10 | | | | |

## 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 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 6 | 2 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 7 | 3 |

## 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* Bogota D.c 5 de Enero de 2026



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**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.

Bogotá 02-ENERO-2026

*Ciudad y fecha*

William Alexander Pérez Roa

CABD

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1057579964 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 25/12/2025 01:09 PM

Código Verificación: **E9D4M3CFU7**

Válida hasta: **25/03/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC