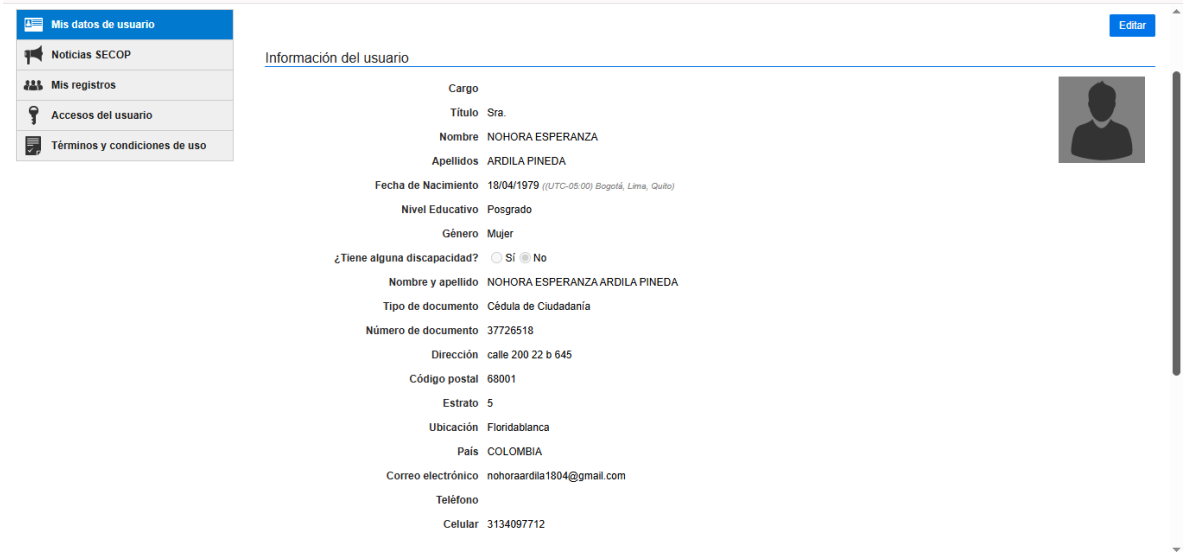
PANTALLAZO REGISTRO EN SECOP 2.



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 NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA identificada con Cédula de Ciudadanía 37726518, se inscribió en nuestro servicio el día 09/04/2019.

El presente certificado se genera el día 24/01/2026, por solicitud del interesado.

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

NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA

CC 37726518 - Fecha de nacimiento 18/04/1979

CALLE 200 # 22B - 645 VERSALLES TORRE 3 APTO 1212 - Bucaramanga - Santander

Celular : 3134097712 - Celular Alterno : 3155181972

nohoraardila1804@gmail.com

Certificado de Residencia No Cargado - Certificado de Residencia No Validado

PERFIL OCUPACIONAL

SOY PROFESIONAL EN AREAS ADMINISTRATIVAS Y AFINES, CAPAZ DE LIDERAR PROYECTOS, CONVOCATORIAS, PROCESOS DE SELECCION E IDENTIFICAR RIESGOS EN LA EJECUCION DE LOS MISMOS, CON HABILIDADES DE NEGOCIACION, Y CAPACIDAD DE TRABAJAR BAJO PRESION, ORIENTADA AL LOGRO Y CON ALTO SENTIDO DE PERTENENCIA, DON DE SERVICIO Y CAPACIDAD AMPLIA DE ENSEÑAR Y FORMAR SEGUN EL OBJETIVO META.

LOGROS ALCANZADOS EN LA TRAYECTORIA LABORAL

MEJOR DIRECTORA DE OFICINA 2.008 CUMPLIMIENTO DE INDICADORES A NIVEL NACIONAL (FUNDACION DE LA MUJER)
MEJOR CUMPLIMIENTO EN VENTA DE SEGUROS A NIVEL NACIONAL 2010. PREMIACION A NIVEL NACIONAL (FUNDACION DE LA MUJER)
LIDERAZGO EN FORMACION Y CAPACITACION DURANTE 4 AÑOS EN LA FUNDACION ESTRUCTURAR

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESPECIALISTA EN GERENCIA

Graduado

Pais: No registra

Profesion: administradora financiera y de sistemas

Fecha último periodo cursado: 07/11/2014

UNIVERSITARIA DE SANTANDER UDES

ADMINISTRADORA FINANCIERA Y DE SISTEMAS

Graduado

Pais: No registra

Profesion: administradora financiera y de sistemas

Fecha último periodo cursado: 02/04/2001

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

BACHILLER COMERCIAL

Graduado

Pais: No registra

Fecha último periodo cursado: 07/12/1995

IDIOMAS

	Lee	Habla	Escribe
Español	Nativo	Nativo	Nativo

EXPERIENCIA LABORAL

SENA

Instructor formación complementaria

- Orientar cursos de formación complementaria para el desarrollo de habilidades y destrezas en actividades técnicas

Fecha inicio: 11/08/2025 - Fecha fin: 09/12/2025

Experiencia: 3.94 meses

Cargo: INSTRUCTOR

Pais: Colombia

Departamento: Santander

Municipio: Bucaramanga

FUNDACION ESTRUCTURAR

Instructor formulación y evaluación de proyectos

- Suministrar orientación a los estudiantes sobre alternativas de carrera u oficio
- Evaluar el trabajo del estudiante, preparando, aplicando y calificando pruebes de verificación del aprendizaje.
- Participar en comités técnicos de diseño curricular, presupuesto, requisitos de ingreso y certificación.
- Planificar sesiones de aprendizaje, demostraciones prácticas, talleres, seminarios y trabajo en equipo.
- Diseñar programas curriculares y preparar material didáctico para el aprendizaje.
- •

PARTICIPACIÓN EN LA CONSTRUCCIÓN Y DESARROLLO PERMANENTE DE LOS PROYECTOS EDUCATIVO DE LA FUNDACIÓN.

- EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS DEL DISEÑO CURRICULAR, PROGRAMACIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y ACOMPAÑAMIENTO
- CONVOCATORIA Y SELECCIÓN DE ESTUDIANTES

Fecha inicio: 03/01/2021 - Fecha fin: 20/07/2025

Experiencia: 54.55 meses

Cargo: INSTRUCTOR

Pais: Colombia

Departamento: Santander

Municipio: Bucaramanga

MICROACTIVOS

Gerente banca crédito e inversiones

- Planear, organizar, dirigir y controlar operaciones de sucursales bancarias, fiduciarias, instituciones financieras, de intermediación financiera, mesas de dinero en entidades financieras y de mercado de valores; administran operaciones de fondos de inversión, negocios fiduciarios y otras actividades relacionadas
- Garantizar que las políticas y procedimientos institucionales se sigan de acuerdo con pautas establecidas de banca, fiducia y mercado de valores; formular recomendaciones sobre mejoras.
- Atender clientes y responder a sus inquietudes, así como establecer relaciones comerciales, nuevos acuerdos de servicios y aperturas de productos y servicios de captación y colocación.

Fecha inicio: 26/09/2019 - Fecha fin: 16/03/2020

Experiencia: 5.68 meses

Cargo: GERENTE REGIONAL

Pais: Colombia

Departamento: Santander

Municipio: Bucaramanga

FINANCIERA COMULTRASAN

Auxiliar crédito banca

- Procesar afiliaciones de acuerdo con normativa laboral y manual operativo
- Revisar aplicaciones de seguros y verificar el pago de primas, cobertura y otra información relacionada.
- Verificar y hacer el balance de transacciones de cajero automático, calcular la tarifa de los servicios y pago de interés, notificar a los clientes cuando existan diferencias con la cuenta o captura de tarjetas.
- Vender giros postales, moneda extranjera, cheques de viajero, abrir y cerrar cuentas, alquilar cajas de seguridad.
- Tramitar solicitudes y pagos de hipotecas, apertura de cuentas corrientes y de ahorros, depósitos, letras de cambio y giros postales.
- Suministrar información sobre servicios, como apertura de cuentas, planes de ahorro, compra y venta de acciones
- Recopilar registros de depósitos y retiros, pagos por préstamo e hipoteca, cheques, compra y venta de seguros.
- Preparar estados de cuenta de los clientes y correspondencia a enviarse

Fecha inicio: 01/11/2001 - Fecha fin: 01/09/2002

Experiencia: 10.00 meses

Cargo: ASESOR OPERATIVO

Pais: Colombia

Departamento: Santander

Municipio: Bucaramanga



FIRMA

CC 37726518

24/01/2026

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
Ardila	Pineda	Nohora Esperanza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37726518	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 18 MES 04 AÑO 1979	CALLE 200 22B 645 TORRE 3 APARTAMENTO 1212			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	FLORIDABLANCA		
MUNICIPIO	SUCRE	TELÉFONO		EMAIL	nohoraardila1804@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1995
										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 EN GERENCIA	07	2014	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION FINANCIERA Y DE SISTEMAS	11	2000	

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)

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD MICROACTIVOS S.A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	26	*Mes*	09	*Año*	2019	*Día*	10	*Mes*	03	*Año* 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE REGIONAL	*DEPENDENCIA* BANCA CORPORATIVA				*DIRECCIÓN* AVENIDA CARRERA 70 70A 21 BOGOTA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE SANTANDER "FINANCIERA COMULTRASAN"			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076802000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2002	*Día*	01	*Mes*	09	*Año* 2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR OPERATIVO	*DEPENDENCIA* BANCA CORPORATIVA				*DIRECCIÓN* CALLE 35 16 43						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 6076800600	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	11	Mes:	08	Año:	2025	Día:	09	Mes:	12	Año: 2025
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO EDUCACION MEDIA				DIRECCIÓN CALLE 16 27 37						
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA FUNDACION ESTRUCTURAR		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO BUCARAMANGA				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS 6404926	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	05	Mes:	01	Año:	2021	Día:	20	Mes:	07	Año: 2025
AREA DE CONOCIMIENTO ECONOMIA, ADMINISTRACION, CONTADURIA Y	NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO				DIRECCIÓN CARRERA 23A 22B 48 NORTE INSTITUCION						

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	4	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Bucaramanga, Enero 25 del 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

4:48 TEMU TEMU TEMU 4.5G 23 %

cedula nohora.pdf

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 37.726.518
ARDILA PINEDA
APELLIDOS
NOHORA ESPERANZA
NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1979
SUCRE
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-JUN-1997 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2709100-00848927-F-0037726518-20160914 0051154066A 1 7414017674

Escaneado con CamScanner

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	2025-07-29 11:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NOHORA	ESPERANZA	ARDILA	PINEDA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	37726518

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SUCRE

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$76.181.479,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$76.181.479,00

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	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	$42.600.998,00
BIEN MUEBLE	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	$20.000.000,00
MUEBLES Y ENSERES	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	$20.000.000,00
INMUEBLE LEASING HABITCIONAL	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	$72.918.955,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
FALABELLA TARJETA DE CREDITO	$3.000.000,00
DAVIVIENDA TARJETA DE CREDITO	$3.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

El Colegio de Nuestra Señora del Pilar

Bucaramanga

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
SEGUN RESOLUCION No. 5986 DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 1970

CONFIERE A

Nohora Esperanza Ardila Pineda

T. I. 790418 - 11833 de Bucaramanga

EL TITULO DE

BACHILLER COMERCIAL

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIA

Libro 01 Folio No. 21

BUCARAMANGA, DICIEMBRE 7 DE 1995

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

La Corporación Universitaria de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional
de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 de 19[illegible]
Teniendo en cuenta que:

NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA

C.C. Nº. 37'726.518 Expedida en: BUCARAMANGA

Cursó y aprobó los estudios programados por esta Institución Universitaria
y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el titulo de:

ADMINISTRADORA FINANCIERA Y DE SISTEMAS

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma,
en la ciudad de Bucaramanga, el día 2 del mes Abril del año 2.001

Rector | Secretario General | Director del Programa

Registrado en el folio_____ Libro_____ Nº de Acta_____

Diploma No

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

La Corporación Universitaria de Santander

UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional
de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 de 1996
Teniendo en cuenta que:

NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA

C.C. Nº. 37'726.518 Expedida en: BUCARAMANGA

Cursó y aprobó los estudios programados por esta Institución Universitaria
y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias,
le confiere el titulo de:

ADMINISTRADORA FINANCIERA Y DE SISTEMAS

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma,
en la ciudad de Bucaramanga, el día 2 del mes Abril del año 2.001

Rector | Secretario General | Director del Programa

Registrado en el folio_____ Libro_____ Nº de Acta_____

Diploma No.

Powered by CamScanner

Universidad Pontificia Bolivariana

SECCIONAL BUCARAMANGA

APROBADA SEGÚN ACUERDO No. [illegible] DE JULIO [illegible] DEL ICFES

teniendo en cuenta que

Nohora Esperanza Ardila Pineda

Cédula de ciudadanía No. 38.926.518 Expedida en Bucaramanga

Cursó y aprobó los estudios exigidos por las normas legales reglamentarias vigentes, le confiere el título de

Especialista en Gerencia

En testimonio de ello le expide el presente diploma
en Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia
el día 7 del mes de Noviembre del año 2014

El Rector

El Decano

El Secretario General

Anotado al folio 1924 del libro 9-A de registro de diplomas
refrendado en Bucaramanga el 7 de Noviembre de 2014

Bogotá D.C, 16 de enero de 2025.

MICROACTIVOS SAS
ENTIDAD PRESTADORA SERVICIOS FINANCIEROS
NIT 900.555.069-4

CERTIFICA QUE:

La señora **NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número **37.726.518,** laboró en nuestra compañía desempeñando el cargo de **GERENE REGIONAL (SANTANDER)** bajo contrato laboral desde el día **26 de septiembre de 2019** hasta el **16 de marzo de 2020**. Devengando una salario mensual por valor de **TRES MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($ 3.000.000)** y realizando las siguientes funciones:

- **Ejecutar Estrategias de Mercadeo:** Implementar las estrategias comerciales planteadas por la Gerencia para impulsar la originación de microcréditos de la Región a su cargo.

- **Originación de Crédito:** Realizar programas y estrategias de originación de crédito en la Regional a su cargo.

- **Cumplimiento de Políticas de Otorgación de crédito**: Asegurar que las operaciones de crédito (aprobación, seguimiento y cobranza) se realicen según las políticas y procedimientos establecidos.

- **Cumplimiento Riesgo**: Garantizar la necesidad de crecimiento y rentabilidad de la cartera de microcrédito con la gestión adecuada de los riesgos inherentes al perfil de los clientes.

- **Comité de Crédito:** Asistir al comité de Crédito cuanto la política lo indique o por requerimiento de este ente.

- **Cumplimiento de Metas Comerciales**: Monitorear el cumplimiento de las metas comerciales y financieras, como colocación de créditos, captación de clientes y calidad de cartera de cada una de sus oficinas.

Indicadores: Monitorear indicadores de desempeño clave y tomar acciones correctivas cuando sea necesario

- **Visitas Periódicas a las oficinas:** Realizar visitas periódicas a las oficinas asignadas para hacer seguimiento al cumplimiento y acompañamiento al cumplimiento de los objetivos.

- **Administración de Cartera**: Implementar planes de acción para mitigar riesgos de cartera deteriorada, aplicando políticas de reestructuración o seguimiento especial a clientes en mora.

- **Vinculación y Capacitación de Asesores:** Capacitar a asesores comerciales para optimizar el desempeño del equipo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a), a los dieciséis (16) días del mes de enero del año Dos Mil Veinticinco (2025) en la ciudad de Bogotá.

MARISOL SANABRIA ROMERO
Gerente Administrativo
MICROACTIVOS SAS NIT
900.555.069-4

Bucaramanga, 28 de julio de 2025

FINANCIERA COMULTRASAN INFORMA:

Que la señora **NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA**, identificada con cédula de ciudadanía No. 37726518 de BUCARAMANGA, estuvo vinculada a la cooperativa desde el 01 de noviembre de 2002 hasta el 01 de septiembre de 2003, el último cargo desempeñado fue el de **ASESOR OPERATIVO**, dentro de la cooperativa ha realizado los siguientes cargos del cual se destacan las siguientes funciones:

ASESOR OPERATIVO:

- Dar asesoría clara, oportuna y precisa a los asociados actuales y potenciales en la venta y posventa del portafolio de productos y servicios de la cooperativa.
- Atender y resolver oportuna y eficazmente a las solicitudes, quejas y reclamos que presenten los asociados actuales y potenciales de los productos de asociación y captación, de solicitudes de créditos y reclamos de cartera.
- Crear y actualizar información de los clientes/asociados
- Recibir y tramitar las solicitudes de apertura de productos y servicios de la cooperativa, conforme a la normatividad establecida.
- Responder por la calidad, completitud y autenticidad de la información básica del cliente/asociado, requisitos, registro en el aplicativo y documentos requeridos en la apertura de productos y servicios en el otorgamiento de créditos.
- Escanear las tarjetas de registro de firmas de las cuentas de ahorro de los asociados de la agencia y subirlas al aplicativo, conforme a la normatividad establecida.
- Realizar las marcaciones/demarcaciones del gravamen al movimiento financiero en las centrales de riesgo, cuando aplique.
- Realizar las consultas a las centrales de información requeridas en las actividades de asesoría y/o radicación de créditos, asegurando que exista la respectiva autorización por parte del cliente/asociado.
- Radicar y desembolsar los créditos y realizar la activación de cupos solicitados por los clientes/asociados en la agencia verificando el cumplimiento de los requisitos y documentos requeridos, conforme a la normatividad establecida.
- Escanear los créditos para envío al centro de crédito, cuando aplique.

- Revisar diariamente el portal del banco y responder por el manejo del libro de bancos.
- Registrar en el aplicativo los cheques devueltos, custodiarlos y gestionar su entrega a cliente/asociado u usuario.
- Responder por el manejo de la caja menor de la agencia.
- Custodiar los CDAT nuevos y pignorados de la agencia.
- Diligenciar/imprimir los cheques generados en la agencia.
- Entregar e imprimir tarjetas débito (nuevas y reposiciones)
- Escanear los formatos de transacciones en efectivo igual o superiores a $10 000 000 de la agencia.
- Preparar y elaborar oportunamente los informes y reportes solicitados por su superior inmediato. Realizar el registro de ingresos y egresos, el registro de notas débito y crédito, conforme a la normatividad establecida.
- Responder por la custodia y buen uso de la clave de acceso al aplicativo y demás implementos de seguridad bancaria asignados.
- Custodiar la papelería prenumerada asignada a la agencia
- Conocer, mantenerse actualizado y aplicar la normatividad vigente relacionada con su cargo, con el fin de cumplir a cabalidad con las actividades asignadas en los manuales de procesos y demás disposiciones emanadas por la cooperativa.
- Cumplir con las políticas, procedimientos y mecanismos implementados por la organización para los sistemas de administración del riesgo y de seguridad y salud en el trabajo.
- Cumplir con las normas disciplinarias establecidas por la administración, con el reglamento interno de trabajo y con el código de conducta y buen gobierno.
- Guardar y proteger la reserva comercial e industrial de la cooperativa.
- Preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información cumpliendo lo establecido en el sistema de gestión de seguridad de la información y demás normativa emitida por la cooperativa.
- Contribuir con el mejoramiento continuo de los diferentes procesos con las áreas encargadas de facilitar su optimización.
- Cumplir con las funciones que le sean asignadas por disposición legal y por su jefe inmediato para el desarrollo de su cargo.
- En las agencias donde el servicio de caja requiera apoyo, adicionalmente tendrá a su cargo las responsabilidades definidas en la descripción del cargo cajero, previa notificación del Comité de diseño organizacional.

En las agencias donde no exista un conciliador de catera agencia, adicionalmente tendrá a su cargo las responsabilidades definidas en la descripción del cargo conciliador de cartera agencia, previa notificación del Comité de diseño organizacional.

En las agencias donde no exista un verificador de crédito agencia, adicionalmente tendrá a su cargo las responsabilidades definidas en la descripción del cargo verificador de créditos agencia.

Se expide esta constancia a solicitud del interesado a QUIEN PUEDA INTERESAR.



JAVIER QUINTERO SUAREZ
Gerente Gestión Humana

Bucaramanga, 20 de Julio de 2025.

FUNDACION ESTRUCTURAR
NIT.890.000.1189-4

HACE CONSTAR:

Que la señora **NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA**, identificado con Cedula de Ciudadanía 37.726.518 expedida en B/manga, desempeño el cargo de INSTRUCTOR/ CAPACITADOR desde enero del 2021 hasta Julio de 2025.
Según contrato de prestación de servicios

Desempeñando las siguientes funciones:
FUNCIONES PRINCIPALES:

- Participación en la construcción y desarrollo permanente de los proyectos educativo de la Fundación.
- Ejecución y seguimiento a los procedimientos del diseño curricular, programación y prestación del servicio y acompañamiento
- Convocatoria y selección de estudiantes
- Conformación de grupos de formación
- Validación y revisión de documentación
- Formación en elaboración de hojas de vida y presentación de entrevista
- Liderazgo del proceso de contratación de los estudiantes
- Seguimiento al reclutamiento de personal en Acodress
- Rendición de informes de los talleres de habilidades para trabajar en cocina
- Seguimiento a los estudiantes en su etapa de desempeño
- Control de presupuesto y aprobación del gasto
- Liderazgo financiero en la administración del convenio
- Elaboración del cronograma de actividades
- Tomar acciones correctivas y de mejora en el proceso formativo de los estudiantes
- Estimular la participación, el desarrollo autónomo y la crítica constructiva en el desarrollo del conocimiento que el estudiante aprenda ya articule conocimientos con la práctica de su entorno.

  Destacándose como un persona responsable, dinámica y cumplidora de las labores asignadas.

Se expide solicitud a favor del interesado a los 20 días del mes de Julio de 2025.

Para confirmar la información comuníquese al cel. 313 - 4220205



JORGE CORTISSOZ CABRERA
VICEPRESIDENTE

PROCESO
GESTIÓN CONTRACTUAL
NOMBRE DEL FORMATO

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	**X**	Pública Clasificada		Pública Reservada	

INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACION PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 8146549

En mi calidad de supervisor del contrato de la referencia, me permito presentar el informe final del mismo, de acuerdo con la siguiente información:

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	Sena - Centro de Servicios Empresariales y Turísticos C.S.E.T.
TIPO DE CONTRATO	Prestación de servicios de Profesionales
CONTRATO NRO.	**CO1.PCCNTR. 8146549 2025**
OBJETO	Prestar servicios profesionales en la planeación y ejecución de la formación, así como en la evaluación de los resultados de aprendizaje definidos en los diseños curriculares asignados, para el desarrollo de habilidades y competencias técnicas de la población campesina, aportando al fortalecimiento de la economía popular, familiar, étnica y comunitaria, en concordancia con los lineamientos del Sistema Nacional de Formación
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL NEGOCIO JURÍDICO	31 de julio de 2025
FECHA DE INICIO	11 de agosto de 2025
PLAZO INICIAL	120 dias
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	09 de Diciembre de 2025
RAZÓN SOCIAL	NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
CC o NIT	37726518
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	**NORMAN CARRILLO RAMIREZ**
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	C.C. 91.341.766
LUGAR DE EJECUCIÓN	Carrera 27 N 15-07 Centro de Servicios Empresariales y Turísticos -Sede Principal

VALOR INICIAL	$18.398.044 (Dieciocho millones trescientos noventa y ocho mil cuarenta y cuatro pesos M CTE.
FORMA DE PAGO	a) Un (1) primer pago proporcional a los días ejecutados durante Agosto de 2025. b) Tres (3) pagos iguales por los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2025, por valor de $4.599.511 cada uno. c) Un (1) pago final proporcional a los días ejecutados en diciembre de 2025.
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CDP N.º 1925 DE 2025
CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	CRP N.º 1461 DE 2025
VALOR FINAL DEL NEGOCIO JURÍDICO	$ 18.398.044
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL	9 de diciembre de 2025
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA (Sí aplica)	N/A
VALOR TOTAL PAGADO	$ 18.398.044
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 18.398.044
SUPERVISOR	Edward Alberto Guerrero Pineda – C.C. 91.486.913
APOYO A LA SUPERVISIÓN	NO APLICA NO SE ASIGNO APOYO

2. ASPECTOS TÉCNICOS

2.1 Obligaciones

En virtud de la suscripción**CO1.PCCNTR. 8146549**, el contratista adquirió las siguientes obligaciones:

OBLIGACIONES [Incluya todas las obligaciones contractuales]	**¿CUMPLIÓ?** [Seleccione: **SI / NO / Parcialmente / No se requirió el cumplimiento]**	**PRODUCTO O EVIDENCIA** [Referir la ubicación de los soportes de las actividades desarrolladas para cumplir cada obligación específica durante el periodo del informe]
1. 1. Ejecutar los servicios profesionales relacionados con la planeación y desarrollo de acciones de formación dirigidas a la población campesina, de acuerdo con los lineamientos del CampeSENA. SÍ Plan de trabajo aprobado, cronograma de	SI	Plan de trabajo aprobado, cronograma de ejecución y evidencias en los informes mensuales presentados al supervisor.

ejecución y evidencias en los informes mensuales presentados al supervisor.	SI	
2. Elaborar y presentar los informes mensuales de actividades al supervisor del contrato, en los plazos	SI	Informes mensuales de actividades con registro de asistencia y cumplimiento, radicados ante la Coordinación del centro.
3. Desarrollar la formación profesional integral conforme al diseño curricular y orientaciones metodológicas establecidas por el SENA	SI	Registros de ejecución de formación, listas de asistencia, soportes fotográficos y seguimiento académico.
4. Cumplir con las normas institucionales, de seguridad y salud en el trabajo y políticas del SENA durante la ejecución contractual	SI	Formatos de inducción, control de asistencia y cumplimiento de medidas de seguridad y bienestar.
5. Entregar informe final consolidado de actividades ejecutadas durante la vigencia	SI	Informe final de ejecución presentado el 6 de diciembre de 2025, con evidencias de
6. Orientar, asesorar y acompañar a los aprendices en el desarrollo de las actividades establecidas en la guía de aprendizaje.	SI	Guías de aprendizaje, bitácoras y evidencias en plataforma SOFIA PLUS y OneDrive.
7. Realizar reconocimiento de aprendizajes previos y estilos de aprendizaje.	SI	Registros y formatos de evaluación inicial
8. Acompañar a la población de la economía popular en la planificación de mejoras productivas.	SI	Reportes de seguimiento y actas de acompañamiento
9. Emitir juicios valorativos sobre el cumplimiento de los resultados de aprendizaje.	SI	Formatos de juicios evaluativos descargados en SOFIA PLUS.

10. Cumplir con obligaciones de seguridad social.	SI	Comprobantes de pago de aportes mensuales.

3. ASPECTOS LEGALES

3.1 Garantías contractuales

Como garantías se establecieron las siguientes:

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO			
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		
NRO. DE PÓLIZA	96-46-101030257		
CERTIFICADO O ANEXO	Certificado Único de Cumplimiento		
FECHA EXPEDICIÓN	31/07/2025		
FECHA APROBACIÓN	1/08/2025		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Cumplimiento	11/08/2025	09/04/2026	$1.839.804
Devolución del pago anticipado	N/A	N/A	N/A
Salarios y prestaciones sociales	N/A	N/A	N/A
Calidad del servicio	N/A	N/A	N/A

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
ASEGURADORA	N/A		
NRO. DE PÓLIZA	N/A		
CERTIFICADO O DE ANEXO	N/A		
FECHA EXPEDICIÓN	N/A		
FECHA APROBACIÓN	N/A		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	N/A	N/A	N/A

3.2 Cumplimiento del objeto

El contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual

3.3 Cumplimiento de los aspectos del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

No aplica.

3.4 Multas y sanciones

De conformidad con la ejecución del contrato [**NO**] se presentaron multas y/o sanciones.

3.5 Certificado de pagos de seguridad social

Mediante los informes presentados por la supervisión durante la ejecución del contrato, los cuales fueron entregados para el proceso de pago, se evidenció que la contratista NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA, identificada con cédula de ciudadanía No. 37.726.518, cumplió a cabalidad con el objeto y las obligaciones contractuales, así como con la presentación mensual de los comprobantes de pago al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y ARL), requisito previo para el trámite de cada desembolso.

3.6 Designación de la supervisión

El ordenador del gasto designó como supervisor del contrato al señor EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA, identificado con C.C. No. 91.486.913, quien ejerció las funciones de supervisión desde el 11 de Agosto de 2025 hasta el 9 de Diciembre de 2025, verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales, técnicas, administrativas y financieras. Durante la ejecución no se realizaron cambios en la supervisión ni se designó apoyo adicional.

3.7 Liquidación del negocio jurídico

Que respecto de la liquidación del contrato se estableció de conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 19 de 2012, que modificó el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, no será liquidado el presente contrato

cuando el Supervisor de este, certifique a su finalización que el objeto y todas las obligaciones del contrato fueron cumplidas a satisfacción por el Contratista y que a éste se le canceló el valor total de los honorarios pactados.

4. OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD

ADEMÁS DE LAS OBLIGACIONES CONSAGRADAS EN LA LEY 80 DE 1993 Y 1150 DE 2007, ASÍ COMO LAS QUE SE DERIVEN DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y LAS DEMÁS NORMAS QUE REGULEN LA MATERIA, EL SENA SE OBLIGA A: 1) VERIFICAR PREVIO A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA CONTRATACIÓN. 2) PAGAR LOS HONORARIOS EN LA FORMA ESTIPULADA EN ESTE CONTRATO. 3) PRESTAR LA MAYOR COLABORACIÓN NECESARIA PARA LA CORRECTA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO. 4) PONER A DISPOSICIÓN LA INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN QUE SE REQUIERA PARA LA CABAL EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 5) SOCIALIZAR LOS LINEAMIENTOS DEL SUBSISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. 6) CUMPLIR LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ARTÍCULO 2.2.4.2.2.15 DEL DECRETO 1072 DE 2015. 7) EJERCER EL RESPECTIVO CONTROL EN EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO Y EXPEDIR EL RECIBO A SATISFACCIÓN QUE FUERE A LUGAR. PARA TAL EFECTO, SE DESIGNARÁ AL SUPERVISOR DEL CONTROL DE EJECUCIÓN, QUIEN ESTARÁ EN CONTACTO CON EL CONTRATISTA PARA LA COORDINACIÓN DE CUALQUIER ASUNTO QUE ASÍ LO REQUIERA Y SEA ACORDE A LA NATURALEZA DEL CONTRATO. 8) SUSCRIBIR LAS ACTAS QUE SEAN NECESARIAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 9) VERIFICAR EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO (SIGEP) ADMINISTRADO POR EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, DE LA INFORMACIÓN DE HOJA DE VIDA DEL CONTRATISTA, EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 227 DEL DECRETO LEY 019 DE 2012. 10) AFILIAR AL CONTRATISTA AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES A TRAVÉS DE LA ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES, EN LOS TÉRMINOS DEL LITERAL A) DEL ARTÍCULO 2º DE LA LEY 1562 DEL 11 DE JULIO DE 2012. 11) BRINDAR AL CONTRATISTA LOS MEDIOS PARA QUE CONOZCA LOS LINEAMIENTOS Y POLÍTICAS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL. 12) SOCIALIZAR AL CONTRATISTA LA POLÍTICA Y PROPÓSITOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN QUE APLICAN EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, LOS PROCESOS, RIESGOS, LINEAMIENTOS, CONTROLES, REQUISITOS Y/O RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN QUE LE APLICAN EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO. 13) REMOVER O DESIGNAR AL SUPERVISOR O SUPERVISORES DE CONFORMIDAD CON LAS EXIGENCIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO. EN EL EVENTO DE CAMBIO DEL SUPERVISOR, NO SERÁ NECESARIO MODIFICAR EL PRESENTE CONTRATO, Y LA DESIGNACIÓN SE EFECTUARÁ MEDIANTE NOTIFICACIÓN PARA ASIGNACIÓN DEL SEGUIMIENTO DEL CONTRATO A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA DE COLOMBIA COMPRA EFICIENTE SECOP. 14) VERIFICAR Y APROBAR LA GARANTÍA CONSTITUIDA POR EL CONTRATISTA. 15) LAS DEMÁS QUE SEAN NECESARIAS PARA EL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

5. ASPECTOS FINANCIEROS

5.1 Pagos realizados

NÚMERO DE ORDEN DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR DE PAGO
N/A	**N/A**	**N/A**

5.2 Estado financiero

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del negocio jurídico	$18.398.044
Adiciones o disminuciones del negocio jurídico	00
Valor de las reducciones	00
Valor final del negocio jurídico	$18.398.044
Valor ejecutado	$18.398.044
Valor pagado	$18.398.044
Valor por pagar	00
Valor a liberar	00

Conforme a lo anteriormente expuesto, se debe:

En virtud de las condiciones contractuales, el SENA pagará al contratista el saldo a favor del contratista previsto en el balance financiero, una vez se cumplan con las condiciones de pago

Para constancia se firma 9 de diciembre de 2025.

EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA.
Supervisor del contrato

Anexos:

- ✓ Último comprobante de pago al sistema de seguridad **social.**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37726518
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 200#22 B 645	TELÉFONO:	6957966
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	4579 - SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7993117591**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1971403568	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 88.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 88.400	$ 0	$ 88.400
SUBTOTALES:										**$ 88.400**	**$ 0**	**$ 88.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 69.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 69.000	$ 0	$ 0	$ 69.000
SUBTOTALES:													**$ 69.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 69.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.900	$ 2.900	$ 0	$ 0	$ 2.900
SUBTOTALES:									**$ 2.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN									SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 37726518	ARDILA PINEDA NOHORA ESPERANZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.839.804				NO		09																25-14 COLPENSIONES	9	$ 551.942	$ 88.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 88.400	EPS005-SANITAS S.A.	9	$ 551.942	$ 69.000	$ 0	$ 69.000	14-11 - ARL SURA	9	$ 551.942	37726518	$ 2.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 160.300

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141173219861

(415)7707212489984(8020) 000014117321986 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 7 2 6 5 1 8	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 7 2 6 5 1 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARDILA	PINEDA	NOHORA	ESPERANZA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CL 104 B 15 E 18 P 2 BRR DELICIAS ALTAS

42. Correo electrónico: financiera@fundacionestructurar.org

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 4 0 9 7 7 1 2	

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
7 0 2 0	2 0 2 0 1 2 0 9	7 4 9 0	2 0 2 5 0 4 1 1			

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	2	2	4	9	5	2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 ARDILA PINEDA NOHORA ESPERANZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

187142590

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Ardila	Pinzon	Nohora	Esperanza

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	37.726.518	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cuál	col

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	col	Santander	Sucre	18 09 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		$ 2.443.522	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cl 200 #22B - 645	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3134097712	nohoraardila1804@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Santander	Floridablanca		Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	28/01/2026		

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [x] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación D D M M A A A A	97. Fecha de validación D D M M A A A A

OBSERVACIONES: Afiliación Independiente

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	S
	EPS COMFAS 28-01-2026	CC-618500001 Oficina Bucaramanga 618500001

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

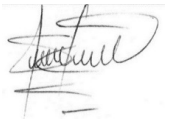
Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **37726518,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2022** 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 24 de enero de 2026.



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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 24 de enero de 2026, a las 11:09:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37726518
Código de Verificación	37726518260124110915

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.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 289781119

PIB
11:11:22

Bogotá DC, 24 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37726518:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:58:34 PM horas del 24/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **37726518**
Apellidos y Nombres: **ARDILA PINEDA NOHORA ESPERANZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/01/2026 01:26:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37726518** y Nombre: **NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **133390884** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 37726518 **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 24/01/2026 01:30 PM

Código Verificación: **RYD97UFL8P**

Válida hasta: **24/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

PROCESO					
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO					
NOMBRE DEL FORMATO					
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE EDAD					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	X	Pública Clasificada		Pública Reservada	

Bucaramanga, Enero 24 de 2026

Ingeniero
NORMAN CARRILLO RAMÍREZ
Subdirector (e)
Centro de Servicios Empresariales y Turísticos
Ciudad:

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimado señor(a):

El (la) suscrito(a) Nohora Esperanza Ardila Pineda identificado con C.C No. 37.726.518 expedida en Bucaramanga, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con identificado con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de 18 años que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Entiendo que como titular de los datos tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y, cuando proceda, revocar la autorización, así como presentar consultas, peticiones y reclamos ante la Superintendencia de Industria y Comercio o demás entidades competentes. Para ejercer estos derechos, podré hacerlo a través del correo servicioalciudadano@sena.edu.co.



Firma _____

Nombres y Apellidos Nohora Esperanza Ardila Pineda_____

C.C 37.726.518

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:32:23 horas del 24/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **37726518,** Apellidos y Nombres **ARDILA PINEDA NOHORA ESPERANZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BUCARAMANGA, **24/01/2026**
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NOHORA ARDILA PINEDA** con **Cédula de Ciudadanía** número **37726518**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488454309961**
Fecha de apertura	**30/07/2025**

Cordialmente,

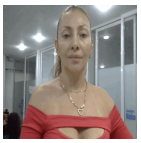
BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha
28/07/2025



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	18/04/1979	**Edad.:**	46
Nombre:	NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA	**Documento:**	C.C. 37726518	**Escolaridad:**	POSGRADO
Cargo:	INSTRUCTOR DEL SENA	**Actividad Economica:**		**Genero:**	FEMENINO
Estado Civil:	CASADO	**Dirección:**	CLL 200 # 22 B 645		
Municipio:	FLORIDABLANCA	**Teléfono:**	3134097712	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	SANITAS	**ARL:**	ARL SURA	**IMC:**	21.16

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
TEST PSICOTECNICO	28/07/2025	Normal	
PERFIL LIPÍDICO	28/07/2025	Normal	
CUADRO HEMATICO	28/07/2025	Normal	
PARCIAL DE ORINA	28/07/2025	Normal	
GLICEMIA	28/07/2025	Normal	
VISIOMETRIA	28/07/2025	Normal con restricciones	USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
AUDIOMETRIA	28/07/2025		
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	28/07/2025	Normal	
ANEXO CARDIOVASCULAR- ISMOCOL	28/07/2025	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal
Higiene Postural
Pausas activas

Optometría: N/A
Psicología: favorable

OBSERVACIONES FINALES

Al examen físico signos vitales estables , adecuado arco de movilidad, no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo

Optometría: USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
Psicología: N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

na

VACUNA COVID-19

No

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud



NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
(37726518)



LISSETH CARDENAS
Especialista en Salud Ocupacional
RM 00907 / RM 685274

Fecha
28/07/2025

NIT 900454102-6

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	18/04/1979
Nombre:	NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA	**Edad.:**	46
Documento:	C.C. 37726518	**Actividad Economica:**	
Estado Civil:	CASADO	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CLL 200 # 22 B 645	**Municipio:**	FLORIDABLANCA
Escolaridad:	POSGRADO	**Cargo:**	INSTRUCTOR DEL SENA
Teléfono:	3134097712	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	SANITAS	**ARL:**	ARL SURA

Decreto 1072 de 2015, Articulo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades; 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG -SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS -COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y /o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

Optometría: USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
Psicología: N/A

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal
Higiene Postural
Pausas activas

Optometría: N/A
Psicología: favorable

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

na

NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
(37726518)

INFORME INTERPRETATIVO

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y apellidos: NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
C.C: 37726518
Edad: 46 Años
Estado civil: Casada
Cargo: Instructor
Fecha: 29/07/2025

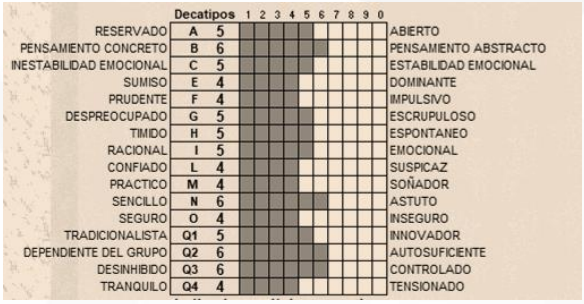
II. MOTIVO DE CONSULTA:

Evaluación de la personalidad por motivo de examen médico ocupacional de ingreso.

III. PRUEBAS SUMINISTRADAS

Nombre de la prueba: Cuestionario Factorial de Personalidad 16pf

IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS



INTELIGENCIA

El candidato presenta un nivel adecuado de inteligencia general, lo que le permite entender rápidamente los procedimientos operativos y adaptarse a las tareas técnicas del puesto. Muestra capacidad para aprender nuevas habilidades de manera eficiente, lo cual es crucial en un entorno de trabajo dinámico.

ORIENTACIÓN DEL PENSAMIENTO

El evaluado se orienta de manera práctica y eficiente al resolver problemas, siendo capaz de tomar decisiones rápidas y acertadas en situaciones que requieren una intervención inmediata. Su enfoque es claro y funcional, alineándose bien con las tareas operativas que demanda el cargo.

CREATIVIDAD

El candidato presenta un nivel moderado de creatividad, adecuado para un puesto que no requiere innovaciones constantes pero sí la capacidad de buscar soluciones efectivas dentro de procedimientos establecidos. Su enfoque es pragmático y se ajusta a las necesidades del puesto.

COMPETENCIAS EMOCIONALES

PERSONALIDAD

La evaluación muestra una personalidad equilibrada, con un buen nivel de autonomía y responsabilidad. El candidato presenta un perfil favorable en cuanto a la confiabilidad y la ética de trabajo, cualidades esenciales para el cargo de auxiliar de bomba, donde la precisión y la responsabilidad son clave.

ESTABILIDAD EMOCIONAL

El candidato exhibe una estabilidad emocional destacable, capaz de manejar situaciones de presión sin comprometer su rendimiento. Esto es especialmente relevante en un ambiente donde los desafíos pueden ser impredecibles. Su capacidad para mantener el control emocional asegura un desempeño constante.

CONTROL EMOCIONAL

El control emocional del evaluado es positivo, permitiéndole gestionar adecuadamente sus reacciones frente a situaciones estresantes o de alta carga de trabajo. Esta habilidad es crucial para evitar situaciones de conflicto.

COMPETENCIAS SOCIALES

INTERACCIÓN SOCIAL

El candidato muestra una capacidad efectiva para interactuar con sus compañeros y superiores, facilitando una comunicación abierta y cooperativa. Su disposición hacia el trabajo en equipo es excelente.

CONTROL SOCIAL

El candidato demuestra un buen manejo del control social, equilibrando sus relaciones interpersonales y manteniendo una postura respetuosa y profesional en el entorno laboral. Su comportamiento y actitud favorecen un ambiente armonioso de trabajo, lo cual es crucial para el desempeño en equipo.

INDICADORES DE ANSIEDAD

El evaluado presenta indicadores bajos de ansiedad, lo que le permite mantener un enfoque claro y racional incluso en circunstancias potencialmente estresantes.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Teniendo en cuenta el desarrollo de la prueba y análisis de los resultados obtenidos se infiere que:

El aspirante posee buena inteligencia con razonamiento adecuado y útil para la mayoría de las situaciones, presenta capacidad de aprendizaje y predisposición de adaptabilidad, de manera que se genera un concepto **PERFIL FAVORABLE** para el cargo solicitado por la empresa.



Dra Laura Lizeth Serrano Torres
Psicóloga
TP. 21548
Resolución. 07171

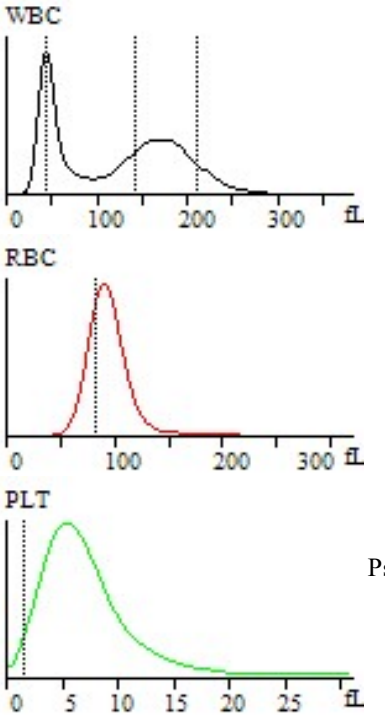
OCUPASALUD

Hemograma

Test Time: 29/07/2025 11:10 a. m.

Nombre: NOHORA ARDILA No. Documento: 37726518

Parameter		Result	Unit	Ref.range
WBC		5,7	10^9/L	4,0-10,0
Lymph#		2,2	10^9/L	0,8-4,0
Mid#		0,4	10^9/L	0,1-1,5
Gran#		3,1	10^9/L	2,0-7,0
Lymph%		37,8	%	20,0-40,0
Mid%		6,3	%	3,0-15,0
Gran%		55,9	%	50,0-70,0
RBC		3,57	10^12/L	3,50-5,50
HGB		11,7	g/dL	11,0-16,0
HCT	L	36,0	%	37,0-54,0
MCV	H	100,7	fL	80,0-100,0
MCH		32,6	pg	27,0-34,0
MCHC		324	g/L	320-360
RDW-CV		13,7	%	11,0-16,0
RDW-SD		45,3	fL	35,0-56,0
PLT		269	10^9/L	150-450
MPV		7,9	fL	6,5-12,0
PDW		15,3		15,0-17,0
PCT		0,212	%	0,108-0,282



Ps

Delivery Time: 29/07/2025 12:00 a. m.
Print Time: 29/07/2025 3:13:20 p. m.

Firma Bacteriologa

Doris Quintana
Bacteriologa
Reg. 2848

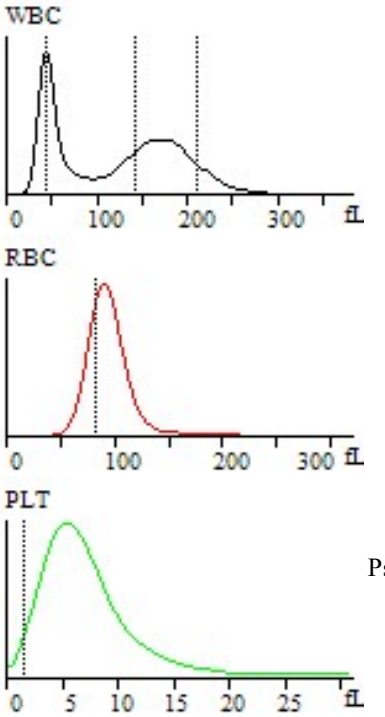
OCUPASALUD

Hemograma

Test Time: 29/07/2025 11:10 a. m.

Nombre: NOHORA ARDILA No. Documento: 37726518

Parameter		Result	Unit	Ref.range
WBC		5,7	10^9/L	4,0-10,0
Lymph#		2,2	10^9/L	0,8-4,0
Mid#		0,4	10^9/L	0,1-1,5
Gran#		3,1	10^9/L	2,0-7,0
Lymph%		37,8	%	20,0-40,0
Mid%		6,3	%	3,0-15,0
Gran%		55,9	%	50,0-70,0
RBC		3,57	10^12/L	3,50-5,50
HGB		11,7	g/dL	11,0-16,0
HCT	L	36,0	%	37,0-54,0
MCV	H	100,7	fL	80,0-100,0
MCH		32,6	pg	27,0-34,0
MCHC		324	g/L	320-360
RDW-CV		13,7	%	11,0-16,0
RDW-SD		45,3	fL	35,0-56,0
PLT		269	10^9/L	150-450
MPV		7,9	fL	6,5-12,0
PDW		15,3		15,0-17,0
PCT		0,212	%	0,108-0,282



Ps

Delivery Time: 29/07/2025 12:00 a. m.
Print Time: 29/07/2025 3:13:20 p. m.

Firma Bacteriologa

Doris Quintana
Bacteriologa
Reg. 2848

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

Fecha de recepción
28/07/2025



NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
VISIOMETRIA

Empresa:	INDEPENDIENTE		
Nombre y Apellido:	NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA		
C.C.:	37726518	**Fecha de Nac.:**	18/04/1979
Edad.:	46	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CLL 200 # 22 B 645		
Estado Civil:	CASADO	**Departamento:**	SANTANDER
Municipio:	FLORIDABLANCA	**Teléfono:**	3134097712
Escolaridad:	POSGRADO	**Cargo:**	INSTRUCTOR DEL SENA
EPS:	SANITAS	**ARL:**	ARL SURA
AFP:	COLPENSIONES		

Antecedentes ocupacionales Si [ ] No [X]

Personales	Si	No		Si	No	**Oculares**	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial		X	Cefalea		X	Cirugía Ocular		X	Renitopatía		X
Diabetes		X	Trauma craneoencefálico		X	Queratocono		X	Desprendimiento retina		X
Hipoglicemia		X	Otros:			Glaucoma		X	Ambliopía		X
Toxoplasmosis		X	HIPOTIROIDISMO			Catarata		X	Estrabismo		X

Signos y sintomas

DISMINUCIÓN DE AV EN VL Y VP

Usa corrección óptica: Si [X] No [ ]

Tipo: PROGRESIVO

Agudeza visual	Sin corrección		Con corrección		**Estado y motor cromático**		
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca	Cover Test	Lejos: ORTHO	Cerca: ORTHO
Ojo Derecho:	20/200	20/20	20/20	20/20	Oftalmoscopía	OD: MEDIOS	OI: MEDIOS
Ojo Izquierdo:	20/160	20/20	20/20	20/20	Vision Cromática TEST DE ISHIHARA: IDENTIFICA TODAS LAS LÁMINAS -		

Éxamen externo

Resequedad ocular	No presenta	Ptosis palpebral	No presenta	Pterigión	No presenta
Inyeccion conjuntival	No presenta	Edema palpebral	No presenta	Secreción	No presenta
Hiperemia conjuntival	No presenta	Pinguécula	No presenta	Blefaritis	No presenta

Otros:

Diagnóstico

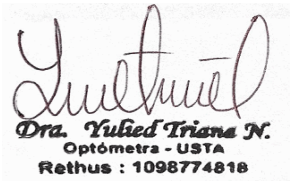
Aparentemente sano	No presenta	Emetropía	No presenta	Defecto refractivo	Ambos Ojos
Posible alteración ocular	No presenta	Problema de motilidad	No presenta	Presbicia	No presenta

Interpretación		**Interpretación**	
Requiere utilizar corrección óptica	X	Valoración por Optometría	
No requiere corrección óptica		Control en un año	X
Problema de refraccion no corregido		Control en seis meses	
Problema de refracción corregido	X	No requiere corrección óptica	
Problema de refracción inadecuadamente corregido		Ejercicio regular 5 veces a la semana	
Otras:			

Observaciones

Resultado	**Restricciones**
Normal con restricciones	USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA





NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
(37726518)

YULIED KATERINE TRIANA NIÑO

- El trabajador recibio orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relaizar la evaluacion de salud.

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIOS CLÍNICOS

Fecha de recepción
28/07/2025

Supersalud
ONAC ACREDITADO
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE TRANSPORTE

PACIENTE:	NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA		
SEXO:	FEMENINO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	18/04/1979
IDENTIFICACION:	C.C. 37726518	**TELEFONO:**	3134097712
EMPRESA:	INDEPENDIENTE		

GLICEMIA

GLICEMIA MG/DL

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	87	70-110	Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

PARCIAL DE ORINA

(ORINA) COLOR:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	AMARILLO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) ASPECTO:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	LIGERAMENTE TURBIO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) PH:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	6.0		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) DENSIDAD:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	1030		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) LEUCOCITOS:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) NITRATOS:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) UROBILINOGENO:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) PROTEINAS:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) SANGRE:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) CETONAS:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) BILIRRUBINA:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) GLUCOSA:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	NEGATIVO		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) CELULAS EPITELIALES:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	0-1XC		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) LEUCOCITOS:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	1-3XC		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) HEMATIES:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	0-1XC		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) BACTERIAS:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	+		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

(ORINA) MOCOS:

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	+		Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

PERFIL LIPÍDICO

COLESTEROL MG/DL

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	198	<200	Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

TRIGLICERIDOS MG/DL

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	37	<150	Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

COL HDL MG/DL

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	68	>40	Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

COL LDL MG/DL

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	122	<130	Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

COL VLDL MG/DL

		Referencia	Fecha y hora de resultados
Resultado:	8	<40	Toma muestra: 28/07/2025 2:55:23 p.m. Fecha validación: 28/07/2025 3:59:56p. m.

Observaciones Generales:

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales , los examenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud fisico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna indole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la informacion acerca de la naturaleza y proposito de los examenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los examenes clinicos y paraclinico solicitados segun el cargo a desempeñar y tambien autorizo a que los resultados de dichos examenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o segun corespondan, que si he tenido ocasion de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realizacion de los examenes.

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluacion de salud.



NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
(37726518)



BLANCA DORIS QUINTANA QUINTANA

mensaje@grupoempresarialprometeo.com
Teléfonos: (607) 6916020 - WhatsApp: 3160240200

Sede Principal
Av Quebrada Seca No. 32A-89
Bucaramanga

Sede VIP
Av Quebrada Seca No. 33-14
Bucaramanga

Sede Bogotá
Calle 22 sur # 19C - 09 Centro Comercial
Nueva vision Local 207 - 208• Bogotá

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

NIT 900454102-6

Código de verificación
SJJ26ML8237030
Validar en:https://www.ocupasalud.com

CERTIFICADO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS CARDIOVASCULAR Y VASCULAR

Fecha
28/07/2025



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	18/04/1979	**Edad.:**	46
Nombre:	NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA	**Documento:**	C.C. 37726518	**Escolaridad:**	POSGRADO
Cargo:	INSTRUCTOR DEL SENA	**Actividad Economica:**		**Genero:**	FEMENINO
Estado Civil:	CASADO	**Dirección:**	CLL 200 # 22 B 645		
Municipio:	FLORIDABLANCA	**Teléfono:**	3134097712	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	SANITAS	**ARL:**	ARL SURA		

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
TEST PSICOTECNICO	28/07/2025	Normal	
PERFIL LIPÍDICO	28/07/2025	Normal	
CUADRO HEMATICO	28/07/2025	Normal	
PARCIAL DE ORINA	28/07/2025	Normal	
GLICEMIA	28/07/2025	Normal	
VISIOMETRIA	28/07/2025	Normal con restricciones	USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
AUDIOMETRIA	28/07/2025	Normal	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	28/07/2025	Normal	
ANEXO CARDIOVASCULAR- ISMOCOL	28/07/2025	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal
Higiene Postural
Pausas activas

Optometría: N/A
Psicología: favorable
Fonoaudilogía: N/A

OBSERVACIONES FINALES

El examen cardiovascular es normal. No se evidencia antecedentes de patologias que generen un riesgo cardiovascular, ni secuelas de enfermedades cardiovasculares, sus cifras tensioanles y su examen fisico es adecuado, que NO le genera restricciones ocupacionales para la ocupación.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo

Optometría: USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA
Psicología: N/A
Fonoaudilogía: N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

na

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclinico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemielogica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.



NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
(37726518)



LISSETH CARDENAS
Especialista en Salud Ocupacional
RM 00907 / RM 685274

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

NIT 900454102-6

Código de verificación
SJJ26ML8237037
Validar en:https://www.ocupasalud.com

CERTIFICADO FONOAUDIOLOGIA

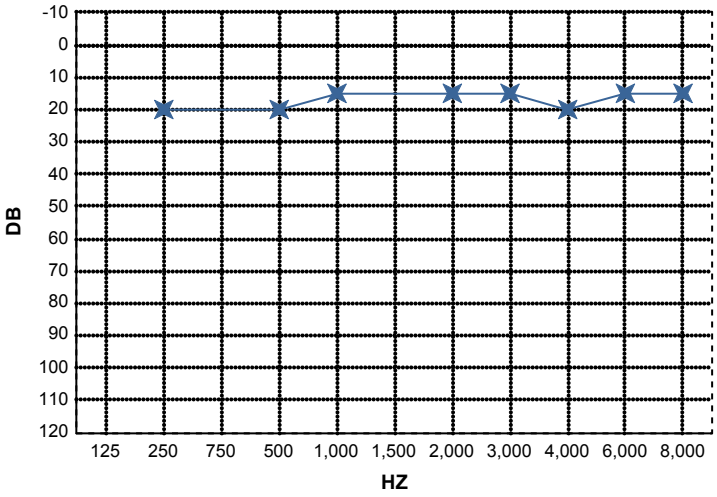
Fecha
28/07/2025



INFORMACIÓN BÁSICA

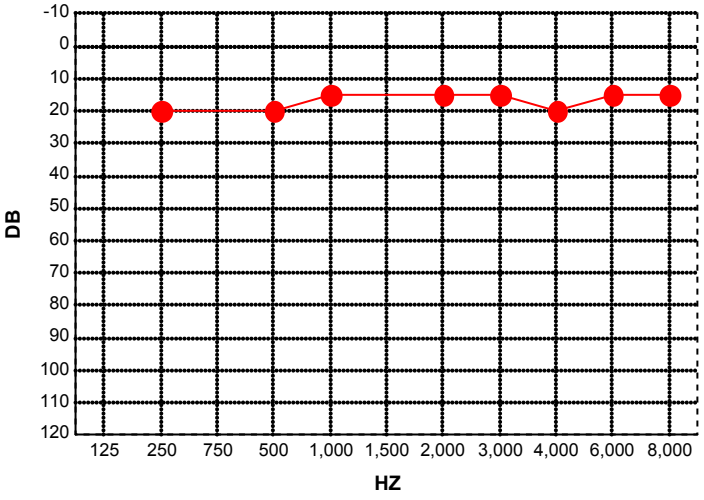
Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	18/04/1979	**Edad.:**	46
Nombre:	NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA	**Documento:**	C.C. 37726518	**Escolaridad:**	POSGRADO
Cargo:	INSTRUCTOR DEL SENA	**Actividad Economica:**		**Genero:**	FEMENINO
Estado Civil:	CASADO	**Dirección:**	CLL 200 # 22 B 645		
Municipio:	FLORIDABLANCA	**Teléfono:**	3134097712	**AFP:**	COLPENSIONES
EPS:	SANITAS	**ARL:**	ARL SURA		

OIDO IZQUIERDO



PTA OIDO IZQUIERDO
16.67

OIDO DERECHO



PTA OIDO DERECHO
16.67

Otoscopia: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y MEMBRANA TIMPANICA INTEGROS A NIVEL BILATERAL.

Diagnostico: AUDICIÓN EN PARAMETROS DE NORMALIDAD A NIVEL BILATERAL.

Observaciones: N/A

NOHORA ESPERANZA ARDILA PINEDA
(37726518)

VALERIA VALDERRAMA
Fonoaudiologa
r 24934-1098797857

RESOLUCIÓN NÚMERO 00907 **DE 2025**

Por la cual se renueva una Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 754 de 2021 modificada por la Resolución 1151 de 2022, y

CONSIDERANDO

Que, **CARDENAS CHAPARRO LISSETH MAYERLY** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 63546702, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander como MÉDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL título otorgado por LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN el 24 de octubre de 2014.

Que, al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante Resolución No 211 de 15/01/2015 por la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que, de conformidad con el Artículo 7 de la Resolución 754 del 31 de mayo de 2021, el peticionario ha presentado la documentación solicitada para la Renovación de la Licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo y cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, por lo antes expuesto, la Secretaria de Salud Departamental,

RESUELVE

Artículo 1°: RENOVAR LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **CARDENAS CHAPARRO LISSETH MAYERLY** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 63546702 como MÉDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, en los campos de acción de Medicina del Trabajo o de Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación de accidentes de trabajo y enfermedad laboral, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Artículo 2°: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

Artículo 3°: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación dela misma.

Artículo 4°: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

Artículo 5°: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE 27 ENE 2025

Expedida en Bucaramanga,

JOHANNA ALEJANDRA OTERO WANDURRAGA
Secretaria de Salud del Departamento de Santander (E)

Aprobó: Diana Vanessa Rincon Vergel - Directora de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

Bucaramanga, Enero 24 de 2026.

Ingeniero
NORMAN CARRILLO RAMIREZ
Subdirector (e) Centro de Servicios Empresariales y Turísticos
SENA Regional Santander

Asunto: Selección de la Aseguradora de Riesgos Laborales

Respetado subdirector:

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 0723 de 2013 en su artículo No.4 “Selección de la Administradora de Riesgos Laborales –ARL” y el Decreto 1072 de 2015 en su capítulo 2, sección 1, artículo 2.2.4.2.2.4 “Selección de la ARL”, manifiesto mi voluntad en afiliarme al Sistema General de Riesgos Laborales por medio de la:

ARL SURAMERICANA (X)	ARL POSITIVA ( )
ARL AXA COLPATRIA ( )	ARL COLMENA ( )
ARL BOLÍVAR ( )	ARL LIBERTY ( )

Por lo anterior, asumo y me comprometo a realizar los pagos de aportes correspondientes a la aseguradora de riesgos laborales seleccionada durante los meses que dure el contrato.

Atentamente,

Firmar. 

Nombre y Apellido: Nohora Esperanza Ardila Pineda
C.C. 37.726.518
Celular: 313-4097712
Correo electrónico: nohoraardila1804@gmail.com