SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL ATLÁNTICO

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**45868-678697**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.082.044.286	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	hildaisabelcastro1@gmail.com	**Número de Cuenta:**	12063256666
IP/Nº de contacto:	3114145996	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9030918/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**69226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN RAD# 08-9-2026-003325 PZO 18/10/2026

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**19/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 28.424.984
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 28.424.984
Valor Bruto Pago:	**$ 1.421.249,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 27.003.735

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.421.249	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.421.249**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 684.949**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9499947696**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.200	$ 0
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 228.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	684.949,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.421.249,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	16.486,00	1,160%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.404.763,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ELABORACION DE PRODUCTOS DE PANADERIA

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

22/02/26 08:41:05 USUARIO: SIC - C.C. 1082044286

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHedonado	EVELYN DONADO LOPEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO
Fecha y Hora Sistema:	29/01/2026 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 1626 de fecha 2026-01-08. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	69226	**Fecha Registro:**	2026-01-29	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-008-930210 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	28.424.984,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	28.424.984,00	**Saldo x Obligar:**	28.424.984,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: Cédula de Ciudadanía	1082044286	**Razón Social:**	HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	12063256666	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	55308636	**Nombre:**	NATALY DEL CARMEN ROMERO FERNANDEZ	**Cargo:**	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - ATLANTICO

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.9030918-2026	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2026-01-29

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
930285 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO - ECONOMIA POPULAR	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF					
						28.424.984,00	0,00		
					Total:	28.424.984,00	0,00	28.424.984,00	28.424.984,00

Objeto:	Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación Rad# 08-9-2026-003325 pzo 18/10/2026

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-008-930210	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-02-28	28.424.984,00	28.424.984,00	NINGUNO

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

TIEMPO COMPLETO			
MES	**DIAS**	**HONORARIOS**	**$3.553.123**
ENERO		$ -	0,00%
FEBRERO	12	$ 1.421.249,00	5,00%
MARZO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
ABRIL	30	$ 3.553.123,00	12,50%
MAYO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
JUNIO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
JULIO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
AGOSTO	30	$ 3.553.123,00	12,50%
SEPTIEMBRE	30	$ 3.553.123,00	12,50%
OCTUBRE	18	$ 2.131.874,00	7,50%
NOVIEMBRE		$ -	0,00%
CIEMBRE		$ -	0,00%
OTAL	**240**	**$ 28.424.984,00**	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082044286		CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera27 #7-03	SABANALARGA-ATLANTICO	4145996	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	76191286	9499947696	I	2026/01/22	2026/02/19	NEQUI	28	$128,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050	$4,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050	$4,500		$0	$0
Ciudad: SABANALARGA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050	$4,500		$0	$0
1	CC	1082044286	CASTRO HILDA	25-14	9	$427,050	$68,400	ESSC24	9	$427,050	$53,400		0	$0	$0	14-23	9	$427,050	$4,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$427,050	$68,400			$427,050	$53,400			$0	$0			$427,050	$4,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082044286		CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera27 #7-03	SABANALARGA-ATLANTICO	4145996	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	76191286	9499947696	I	2026/01/22	2026/02/19	NEQUI	28	$128,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$68,400	$1,300	$0	$69,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$68,400	$1,300	$0	$69,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,500	$100	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,500	$100	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,400	$1,000	$0	$54,400
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$53,400	$1,000	$0	$54,400
TOTAL				**1**	**$126,300**	**$2,400**	**$0**	**$128,700**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082044286		CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera27 #7-03	SABANALARGA-ATLANTICO	4145996	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	76185144	9499948499	I	2026/03/19	2026/02/19	NEQUI	0	$207,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$0	$0			$700,362	$7,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$0	$0			$700,362	$7,400		$0	$0
Ciudad: SABANALARGA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$0	$0			$700,362	$7,400		$0	$0
1	CC	1082044286	CASTRO HILDA	25-14	12	$700,362	$112,100	ESSC24	12	$700,362	$87,600		0	$0	$0	14-23	12	$700,362	$7,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$0	$0			$700,362	$7,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1082044286		CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera27 #7-03	SABANALARGA-ATLANTICO	4145996	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	76185144	9499948499	I	2026/03/19	2026/02/19	NEQUI	0	$207,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,100	$0	$0	$112,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$112,100	$0	$0	$112,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$0	$0	$7,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,400	$0	$0	$7,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,600	$0	$0	$87,600
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$87,600	$0	$0	$87,600
TOTAL				1	$207,100	$0	$0	$207,100

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158103370

(415)7707212489984(8020) 000014115810337 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 2 0 4 4 2 8 6	8	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 2 0 4 4 2 8 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Salamina 6 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	TORREGROSA	HILDA	ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

41. Dirección principal
CR 27 # 7 - 03 BRR La feria

42. Correo electrónico hildaisabelcastro1@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 5 7 0 2 0	3 1 1 4 1 4 5 9 9 6	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [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 CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1082044286
Nombres:	HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2010-12-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	ATLANTICO SABANALARGA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	PROMOTORES DE LA SALUD DE LA COSTA S.A.S

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el 2025-12-29 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-01-28

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1082044286,** se encuentra afiliado/a desde **03/02/2024** 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 29 de diciembre de 2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

JOSE LUIS SANTAELLA BERMUDEZ
Director de Afiliaciones (A)

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.

BIO-TEST IPS SAS
Nit: 900202037-4
SEDE PRINCIPAL: CALLE 20 N° 19-16 SOLEDAD-ATLÁNTICO
TELÉFONO: 3929090-3017954428
E-MAIL: ocupacionalbiotest2019@hotmail.com
SEDE SABANALARGA: CARRERA 23 N° 22A - 12, SABANALARGA- ATLÁNTICO
TELÉFONO: 3002462196-3046198050
E-MAIL: ocupacionalsabanalarga@bio-testlab.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.153

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2024 AÑO	SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO

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

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL	FEMENINO	37 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	1082044286 (Número)

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	✓
EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	OPTOMETRÍA	✓
COPROLOGICO	✓	FROTIS DE GARGANTA	✓
ELECTROCARDIOGRAMA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: Angela Barraza Narváez

Nombre: BARRAZA NARVAEZ ANGELA MARIA

Aspirante o Trabajador

Firma: Hilda Castro T.

Nombre: CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL

R. M.:	1043028299	L.S.O.:	7193	Código de Seguridad	CC:	1082044286
				K1385Q1W3153		

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PACIENTE APTO PARA EL CARGO.

OPTOMETRA



Firma:

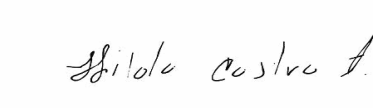
Nombre: MESINO CHARRIS YULIE PAULINA

R. M.: 2354 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

U1385A3G2466

PACIENTE

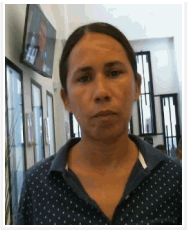


Firma:

Nombre: CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL

CC: 1082044286

BIO-TEST IPS SAS
Nit: 900202037-4
SEDE PRINCIPAL: CALLE 20 N° 19-16 SOLEDAD-ATLÁNTICO
TELÉFONO: 3929090-3017954428
E-MAIL: ocupacionalbiotest2019@hotmail.com
SEDE SABANALARGA: CARRERA 23 N° 22A - 12, SABANALARGA- ATLÁNTICO
TELÉFONO: 3002462196-3046198050
E-MAIL: ocupacionalsabanalarga@bio-testlab.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 1981**

Fecha: 03/02/2024 **Ciudad:** SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO **Eps:**
CC: 1082044286 **Nombre:** CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL **Edad:** 37 AÑOS 0 MESES 19 DÍAS **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 14/01/1987 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTORA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

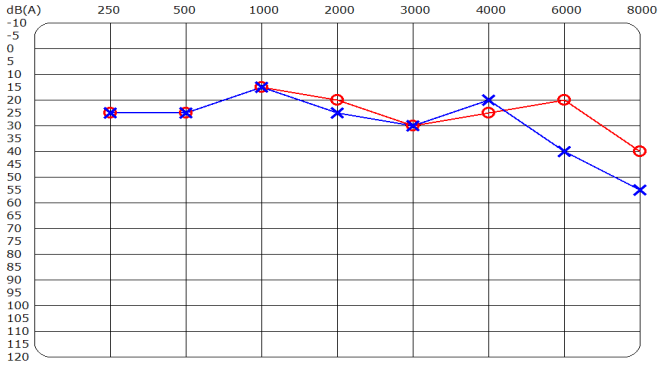
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

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

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: AMPLIVOX **F. Ultima Calibración:** 2023-06-22

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



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	25	25	15	20	30	25	20	40
VAOI	25	25	15	25	30	20	40	55

PTA Oido derecho: 22.50 **PTA Oido izquierdo:** 23.75

SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
H932	OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES	
CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA	

Observaciones

SE SUGIERE AUDIOMETRIA CLINICA CONFIRMATORIA
SE INDICAN PAUTAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: SARMIENTO BERDUGO SALLY
R. M.: 080231 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
L1385R2X1981

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL
CC 1082044286

BIO-TEST IPS SAS
Nit: 900202037-4
SEDE PRINCIPAL: CALLE 20 N° 19-16 SOLEDAD-ATLÁNTICO
TELÉFONO: 3929090-3017954428
E-MAIL: ocupacionalbiotest2019@hotmail.com
SEDE SABANALARGA: CARRERA 23 N° 22A - 12, SABANALARGA- ATLÁNTICO
TELÉFONO: 3002462196-3046198050
E-MAIL: ocupacionalsabanalarga@bio-testlab.com



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 2,466

Fecha: 03/02/2024 **Municipio:** SABANALARGA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **CC:** 1082044286 **Nombre:** CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL **Edad:** 37 AÑOS 0
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO **F. Último Examen:** N
Lugar del Último Examen: N **Motivo Consulta:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

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

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

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

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

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

QUERATROMETRÍA

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

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **N** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **N** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **N** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **20/** ADD
OJO DERECHO: **N** AV VL 20/ **20** AV VP 20/ **20/** ADD

VISIÓN COLOR

BIOTEST IPS
Laboratorio Clínico y Salud Ocupacional

ELECTROCARDIOGRAMA

NOMBRE: C A S T R O T O R R E G R O S A H I L D A I .
IDENTIFICACION: CC. 1082044286
FECHA: 03/02/2023
ENTIDAD: PARTICULAR
SEDE: BIOTEST IPS SAS SEDE SABANALARGA

RESULTADOS

RITMO:	Sinusal, Regular
FRECUENCIA CARDIACA:	67 Lpm
PR:	0.14 seg
QRS:	0.12 seg
ONDA P:	0.06 seg
QT:	0.40 seg
QTc:	410 ms
EJE DEL QRS:	60°
SEGMENTO ST:	No hay evidencias de supra y/o infra desnivel

CONCLUSION: EKG NORMAL, NO SE EVIDENCIAN DATOS SUGESTIVOS E ISQUEMIA Y/O NECROSIS

Angela Barraza Narváez

FIRMA:
ANGELA BARRAZA NARVAEZ
MD OCUPACIONAL. LSO 7193

BIO-TEST IPS SAS
NIT 900202037-4
Direccion: Calle 20 No 19-16 Soledad -Atlantico
Telèfono: 3929090 -3017954428
Direccion: Carrera 23 No 25B-41 Sabanalarga -Atlantico
Telèfono: 3002462193
Direccion: Carrera 14 No 9-47 Cienaga -Magdalena
Telèfono: 4107755
Direccion: Calle 25 No 32B - 19 Santa Marta - Magdalena
biotestips@hotmail.com

RESULTADOS

Impreso	03 feb. 2024 12:30:03 pm						
Sede	**SABANALARGA**			Fecha Nacimiento	14/01/1987		
Paciente	**CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL**		Sexo F	Edad	37A 0M 20D	**Nro. De Recepción**	**41520**
Identif.	CC 1082044286	Teléfono 3114145996		Fecha De Recepción	03 feb. 2024 09:32:23 am		
Entidad	BIO - TEST IPS SAS		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	COOSALUD ESS EPS-S SUBSIDIADO			

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA			
1 . PERFIL LIPIDICO			
Colesterol Total	177,00	mg/dl	0 a 200
Nivel de H.D.L.	49,00	mg/dl	40 a 65
Colesterol L.D.L	114,00	mg/dl	0 a 100
Colesterol VLDL	14,00	mg/dL	0 a 50
Triglicéridos	74,00	mg/dl	0 a 150

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO Fecha Reporte 03 feb. 2024 12:15 pm

OTRO LABORATORIO

2 . HONGOS MICROSCOPICOS KOH

K.O.H. Estudio Directo para Hongos	
RESULTADOS	NEGATIVO
Tipo de Muestra	UÑAS

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO Fecha Reporte 03 feb. 2024 11:43 am

MICROBIOLOGIA

3 . FROTIS DE GARGANTA

Cocos Gram Positivos	++
Polimorfonucleares	Escasos

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO Fecha Reporte 03 feb. 2024 11:44 am

SE CONSIDERA FLORA NORMAL

PARASITOLOGIA

4 . COPROLOGICO

ESTUDIO MACROSCOPICO	
Consistencia	Líquida
Color	Marron
ESTUDIO MICROSCOPICO	
Almidones	Escasas
Fibras Vegetales	+
Fibras musculares	+++
Leucocitos	8 -10 xc
Grasas	+++
Protozoos y/o Helmintos	No se observan

BIO-TEST IPS SAS
NIT 900202037-4
Direccion: Calle 20 No 19-16 Soledad -Atlantico
Telèfono: 3929090 -3017954428
Direccion: Carrera 23 No 25B-41 Sabanalarga -Atlantico
Telèfono: 3002462193
Direccion: Carrera 14 No 9-47 Cienaga -Magdalena
Telèfono: 4107755
Direccion: Calle 25 No 32B - 19 Santa Marta - Magdalena
biotestips@hotmail.com

RESULTADOS

Impreso	03 feb. 2024 12:30:03 pm						
Sede	**SABANALARGA**			Fecha Nacimiento	14/01/1987		
Paciente	**CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL**		Sexo F	Edad	37A 0M 20D	**Nro. De Recepción**	**41520**
Identif.	CC 1082044286	Teléfono 3114145996		Fecha De Recepción	03 feb. 2024 09:32:23 am		
Entidad	BIO - TEST IPS SAS		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	COOSALUD ESS EPS-S SUBSIDIADO			

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

PARASITOLOGIA

4 . COPROLOGICO

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO Fecha Reporte 03 feb. 2024 11:44 am

FLORA BACILAR AUMENTADA



Dra Leidy Gutierrez Arevalo
Bacteriologa T.P. #1184
Universidad Libre

BIO-TEST IPS SAS
NIT 900202037-4
Direccion: Calle 20 No 19-16 Soledad -Atlantico
Telèfono: 3929090 -3017954428
Direccion: Carrera 23 No 22A-12 Sabanalarga -Atlantico
Telèfono: 3002462193
Direccion: Carrera 14 No 9-47 Cienaga -Magdalena
Telèfono: 4107755
Direccion: Calle 25 No 32B - 19 Santa Marta - Magdalena
biotestips@hotmail.com

RESULTADOS

Impreso	29 ene. 2025 01:29:54 pm				
Sede	**OCUPACIONAL SEDE SABANALARGA**			Fecha Nacimiento	14/01/1987
Paciente	**CASTRO TORREGROSA HILDA ISABEL**		Sexo F	Edad 38A 0M 15D	**Nro. De Recepción** **3259**
Identif.	CC 1082044286	Teléfono 3114145996		Fecha De Recepción	29 ene. 2025 08:55:08 am
Entidad	BIO - TEST IPS SAS		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	COOSALUD ESSC CONTRIBUTIVO	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA			
1 . Glicemia	80,00	mg/dl	70 a 105

Colorimetria

INTERPRETACION:

```
Prematuro:        20 a 60 mg/dl
0 a 1 dia:        40 a 60 mg/dl
> 1 dia:          50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:  70 a 105mg/dl
```

Reportado Por: LEIDY DIANA GUTIERREZ AREVALO Fecha Reporte 29 ene. 2025 12:29 pm



Dra Leidy Gutierrez Arevalo
Bacteriologa T.P. #1184
Universidad Libre

EXAMEN MENTAL

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA

EDAD: 38 años

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 14/01/1987

LUGAR DE NACIMIENTO: Salamina/ Magdalena

FECHA DE EVALUACION: 29/01/2025

NOMBRE DEL EVALUADOR: Maria Lucia Barraza Narváez

ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

La usuaria aparenta su edad cronológica, es de tez trigueña, ojos marrones, contextura delgada, estatura promedio, tiene buena presentación personal denotando en su expresión facial atención, disposición de escucha y amabilidad, su tono de voz es grave, se logra evidenciar receptividad durante la entrevista.

ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

ATENCIÓN: Su atención es lucida y espontánea.

CONCIENCIA: El nivel de conciencia es adecuado, responde a todas las preguntas en forma coherente, percibe y discrimina estímulos de su entorno.

ORIENTACIÓN: Se orienta en tiempo, espacio y persona adecuadamente, identificando día de la semana, mes y año en el que estamos, reconoce el espacio donde se encuentra así mismo, responde a la fecha de nacimiento, nombres y apellidos, edad, por lo que se concluye que no presenta alteración alguna.

LENGUAJE

La usuaria presenta un lenguaje claro, elocuente y comprensivo, el timbre de voz que emplea es suave y bajo.

PENSAMIENTO

Cuenta con un flujo de ideas coherente, organizado, el cual guarda relación con las preguntas planteadas, logra evocar recuerdos y expresarlos con emociones y sentimientos adecuados.

PERCEPCIÓN

En cuanto a la percepción, estos se encuentran normales, pues la usuaria discrimina y reconoce la calidad y cualidad de todos los estímulos tanto visuales, auditivos, olfatorios y táctiles.

MEMORIA

Esta función se encuentra activa, pues en lo que concierne a su memoria mediata la usuaria responde a los ejercicios planteados, al igual que su memoria remota evoca y narra episodios de su vida, recuerda experiencias asociadas con relación a su familia y trabajo, en cuanto a su memoria episódica recuerda hechos o sucesos ocurridos en su vida, no presentando anomalía alguna.

FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

La usuaria posee un nivel de razonamiento coherente, realista y conservado el cual le permite establecer diferencias y similitudes entre los objetos reconoce sus funciones y propiedades comunes, posee capacidad de resolución de problemas mayores, realiza ejercicios de cálculo básicos, en general la calidad de los resultados obtenidos a través de exploración nos permite estimar una categoría mental dentro del promedio.

RESUMEN

De manera general la usuaria presenta adecuada claridad de si misma, se caracteriza por ser una persona empática y sensible, autónoma, afectiva y emocional, logra mantener orden en las actividades que debe realizar, de igual manera tiene auto control de sus emociones, cuenta con buena actitud para resolver conflictos y tomar decisiones que le favorezcan. Mantiene equilibrio y madurez frente a retos que se le atraviesan. Presenta adecuados niveles de inteligencia suficiente para desarrollar sus labores, muestra actitud de servicio y amabilidad dentro de los rangos normales. Posee buena canalización de su energía y fuerza vital.



MARIA LUCIA BARRAZA NARVAEZ
Psicóloga

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA

C.C 1.082.044.286

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 24 de enero 2025

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765799127000

Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082044286 realizó el día 19/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082044286 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082044286 el día 19/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082044286 realizó el día 20/02/2026 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082044286 realizó el día 20/02/2026 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1082044286 realizó el día 22/02/2026 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA identificado con CC. 1082044286 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/19	**Fecha inicio contrato**	2026/02/19
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/31
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19022026H1082044286C10043277.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Certificación Bancaria

Lunes, 29 de diciembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que HILDA ISABEL CASTRO TORREGROSA identificado(a) con CC 1082044286, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	12063256666	2024-02-02	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

seguros mundial®

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Date: 2026.01.27 19:06:42 -05:00

Código de Seguridad: SPWrlptxGnECjubk7X1GOg==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 30-05-2025 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BQ-100114472	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28441278	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	27/01/2026	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	19/02/2026	24:00 Horas Del	19/02/2027		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CASTRO TORREGROSA, HILDA ISABEL	No. DOC. IDENTIDAD	1082044286
DIRECCIÓN	CR 27 # 7 - 03 BRR LA FERIA	TELÉFONO	3114145996
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899999034-1
DIRECCIÓN	CRA 43 42 40	TELÉFONO	6015960050
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899999034-1
DIRECCIÓN	CRA 43 42 40	TELÉFONO	6015960050

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.9030918 , CUYO OBJETO ES

8-9302-766 INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER
TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN
FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA
PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 19/02/2026	24:00 Horas Del 19/02/2027	2.842.498,40	25.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.842.498,40	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
DIOSA MAGDALENA ROSALES GONZALEZ	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	$	25.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	25.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	5.700,00
TOTAL A PAGAR	$	35.700,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 19/02/2026

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A **PRODUCTOS.MUNDIAL.SEGUROS.COM.CO** DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL **01 8000 111 935 - 327 47 12/13**

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial De Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO

Hilda Castro A.
TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSION CLAUSULADO 30-05-2025 -1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	BQ-100114472	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28441278	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	27/01/2026	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA		

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	19/02/2026	24:00 Horas Del	19/02/2027		N/A	N/A	N/A	N/A

CONDICIONES PARTICULARES

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF