| | | |
|---|---|---|
| E.S.E CLÍNICA GUANE | **REQUISITOS PARA CONTRATAR PERSONA NATURAL** | Versión: 02<br>Fecha de Aprobación: 29/05/2024<br>Código: GJ-F-01 |

Una vez impreso este documento se considera COPIA NO CONTROLADA.

**CONTRATISTA: MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA IDENTIFICACION: 1.098.819.681 DE BUCARAMANGA.**

| NOTA: IMPORTANTE REVISAR LA INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA PARTE INFERIOR DERECHA DEL PRESENTE DOCUMENTO | ✓ | X | NA |
|---|---|---|---|
| 1. **PROPUESTA– ACEPTACIÓN DE LA INVITACIÓN** (DIRIGIDA A LA E.S.E CLÍNICA GUANE, CON FECHA DE EXPEDICIÓN, EN LA CUAL INDICA QUE ACEPTA LA INVITACIÓN REALIZADA POR LA ENTIDAD Y AUTORIZA LA PUBLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE SU PROPUESTA EN LAS PLATAFORMAS ELECTRONICAS DE CONTRATACION). | ✓ | | |
| 2. **HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA PARA PERSONA NATURAL** (DEBIDAMENTE DILIGENCIADA EN LA PAGINA DEL SIGEP- PARA MAS INFORMACION LEER LOS DATOS DE LA PARTE INFERIOR DERECHA DE ESTA RUTA) | ✓ | | |
| 3. **CERTIFICADO DE ESTUDIOS REALIZADOS** (DEBEN ALLEGAR ACTAS DE GRADO Y/O DIPLOMAS SI CORRESPONDE) | ✓ | | |
| 4. **FOTOCOPIA DE LA TARJETA PROFESIONAL** | ✓ | | |
| 5. **FOTOCOPIA DE LA CERTIFICACIÓN Y/O RESOLUCIÓN Y/O DOCUMENTO EQUIVALENTE POR PARTE DE LA AUTORIDAD COMPETENTE PARA EL EJECICIO DE LA PROFESIÓN EN EL TERRITORIO NACIONAL** (SI CORRESPONDE). | | | NA |
| 6. **FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA** | ✓ | | |
| 7. **FOTOCOPIA DE LA LIBRETA MILITAR.** (SI CORRESPONDE – HOMBRES MENORES DE 50 AÑOS) | | | NA |
| 8. **RUT - REGISTRO UNICO TRIBUTARIO EXPEDIDO CON FECHA POSTERIOR A 2019.** (CON LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR EN EL OBJETO CONTRACTUAL) | ✓ | | |
| 9. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DE LA PROFESIÓN** (EXPEDIDA POR EL TRIBUNAL Y/O AUTORIDAD COMPETENTE DE CADA PROFESIÓN) | ✓ | | |
| 10. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EXPEDIDOS POR LA PROCURADURÍA** (NO SUPERIOR A 3 MESES) | ✓ | | |
| 11. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES EXPEDIDOS POR LA CONTRALORÍA** (NO SUPERIOR A 3 MESES) | ✓ | | |
| 12. **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES EXPEDIDOS POR LA POLICÍA NACIONAL** (NO SUPERIOR A 3 MESES) | ✓ | | |
| 13. **CERTIFICADO DE CONSULTA DE INHABILIDADES DE DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS. LEY 1918 DE 2018.** (NO SUPERIOR A 3 MESES) | ✓ | | |
| 14. **CERTIFICADO DE MEDIDAS CORRECTIVAS EXPEDIDO POR LA POLICIA NACIONAL** (NO SUPERIOR A 3 MESES) | ✓ | | |
| 15. **CERTIFICADO DE VINCULACIÓN A SALUD** (COMO INDEPENDIENTE COTIZANTE ACTIVO) | ✓ | | |
| 16. **CERTIFICADO DE VINCULACIÓN A PENSIÓN** (COMO INDEPENDIENTE COTIZANTE ACTIVO) | ✓ | | |
| 17. **CERTIFICADO DE EXPERIENCIA CONFORME AL OBJETO A CONTRATAR** O LA INDICADA EN EL ESTUDIO PREVIO LA CUAL SE ACREDITA MEDIANTE ACTA DE TERMINACIÓN Y/O LIQUIDACIÓN O CERTIFICACIÓN, EN LA QUE SE SEÑALE EL TIEMPO QUE DURO LA RELACIÓN CONTRACTUAL Y LA ACTIVIDAD QUE REALIZÓ | ✓ | | |
| 18. **EXÁMEN DE INGRESO PREOCUPACIONAL** (NO SUPERIOR A 3 AÑOS) | ✓ | | |
| 19. **CERTIFICADO DE CUENTA BANCARIA, AHORROS O CORRIENTE** (QUE LA CUENTA SE ENCUENTRE ACTIVA) | ✓ | | |
| 20. **CERTIFICADO DE AFILIACION EN RETHUS** (REQUERIDO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD) | ✓ | | |
| 21. **REGISTRO DE DEUDOR ALIMENTARIO MOROSO (REDAM)** (NO SUPERIOR A 3 MESES) | ✓ | | |
| 22. **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y CONFLICTOS DE INTERÉS – Aplicativo Ley 2013 de 2019 (Registro de ingreso a la E.S.E CLÍNICA GUANE Y SU RIS)** | ✓ | | |
| 23. **DOCUMENTOS ADICIONALES (Documentos requeridos que sean necesarios para acreditar la idoneidad)** | | | NA |

**Observación 1:**
Toda la documentación debe ser entregada en físico en hoja tamaño oficio y en CD (la documentación en el CD debe estar organizada y numerada como se muestra a continuación).

**Observación 2:**
Para poder suscribir acta de inicio es necesario se certifique la vinculación a ARL Riesgo 3

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

La HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA debe ser diligenciada en la página www.sigep.gov.co;

Luego de ser asignado su usuario y su contraseña, diligencie sus datos.
Cada uno de los Documentos deben ser entregados a la oficina de talento Humano en FÍSICO y en medio magnético (CD)

Floridablanca,Octubre de 2026

SEÑORES:
CLINICA GUANE Y SU RIS DE FLORIDABLANCA
FLORIDABLANCA

**ASUNTO: PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.**

Cordial saludo,

Me permito ofrecer mis servicios a la Entidad, para ejercer actividades como profesional, con toda mi capacidad intelectual y física conforme a todas las disposiciones establecidas por la entidad, comprometiéndome a actuar de buena fe y cumpliendo a cabalidad con las disposiciones constitucionales legales vigentes y el objeto contractual.

Así mismo, manifiesto bajo la gravedad de juramento de que trata el artículo 442 de la Ley 599 de 2000 (falso testimonio), que a la fecha no tengo impedimentos, ni estoy incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad del orden constitucional o legal, para ejercer cargos o empleos públicos, para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública, establecidas en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993 y la Ley 1474 de 2011.

De acuerdo con lo indicado en la invitación emitida por la entidad, manifiesto de manera voluntaria e inequívoca que de conformidad con la Ley 2381 de 2024, el Decreto 0514 de 2025, y sus demás normas concordantes, asumiré la cotización y pago total de los aportes al sistema de protección social integral, por el término del contrato a suscribir, a través de los mecanismos de recaudo establecidos dentro de los plazos que determine el Gobierno Nacional.

En espera que mi propuesta cumpla con los requisitos legales y las expectativas que ha fijado su administración.

Atentamente,

**Nombre: MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA**
**C.C.: 1098819681**

**Firma:**

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Bonilla | Aranda | Maria Fernanda |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1098819681 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DIA 14 MES 04 AÑO 1999 | | CARRERA 6 BIS 39 7 Lagos 2 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | SANTANDER |
| DEPTO | SANTANDER | MUNICIPIO | FLORIDABLANCA | | |
| MUNICIPIO | BUCARAMANGA | TELÉFONO | 3173523593 | EMAIL | mafebonilla1098@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (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 | |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 07 | 2025 | 1098819681 |
| PREGRADO | 8 | X | | PSICOLOGIA | 03 | 2021 | 219437 |

## 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)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| | | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>FLORIDABLANCA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 02 | *Año* | 2026 | *Día* | 22 | *Mes* | 09 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1865 2013 ENFERMERA ESPECIALIZ | *DEPENDENCIA*<br>ARE DE ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 12 12 46 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>FLORIDABLANCA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 09 | *Año* | 2025 | *Día* | 14 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>1958 1 2010 ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>ENFERMERA SERVICIOS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 47A BIS SUR 7 SUR CI 4 7-01 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 10 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Fiorida blanca octubre 2020

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Floridablanca 2026

*Ciudad y fecha*

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

República de Colombia

# Universidad Autónoma de Bucaramanga

Autorizada por resolución 2771 de 1987 del Ministerio de Educación Nacional.

El Consejo Académico y el Rector en atención a que

## MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA

C.C. 1.098.819.681 de Bucaramanga

ha cumplido las normas legales y los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorgan, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, el título de

## ENFERMERA

Se expide el presente diploma en Bucaramanga, el 17 de Julio de 2025

Rector | Secretario General y Jurídico | Decano

REGISTRADO AL FOLIO NO. 1893-56785 DEL LIBRO NO. 6 DE 2025

Scanned with CamScanner

**ACTA DE GRADO No. 485**
**Folio No. 1893-56785 del Libro No. 6**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA -UNAB-**
**Facultad de Ciencias de la Salud**

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia, a los 17 días del mes de abril de 2025, en el aula máxima de la Universidad, se celebró la ceremonia de graduación de **MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.098.819.681 de Bucaramanga.

El grado fue aprobado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, según Acta No. 552 de junio 25 de 2025 y ratificado por el Consejo Académico según Acta No. 1156 de junio 27 de 2025, previa comprobación de que el aspirante cumplió los requisitos exigidos para el Programa de Enfermería.

El Rector Dr. Juan Camilo Montoya Bozzi, tomó Juramento al graduado, hecho lo cual le hizo entrega del Diploma que lo acredita como **ENFERMERA.**

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal conferida a la Universidad.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta a los 17 días del mes de julio de 2025.

Juan Camilo Montoya Bozzi, Rector (fdo), Juan José Rey Serrano, Decano (fdo), Juan Carlos Acuña Gutiérrez, Secretario General y Jurídico (fdo).

Es fiel copia tomada del original a los 17 días del mes de julio de 2025.

**JUAN CARLOS ACUÑA GUTIERREZ**
**Secretario General y Jurídico**

# COLEGIO ANDALUCÍA
**FLORIDABLANCA - SANTANDER**

DANE # 368276001482

Inscripción

Jornada DIURNA

**ACTA INDIVIDUAL DE GRADO**

En la ciudad de Floridablanca, a los 30 días del mes de noviembre de 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO ANDALUCÍA,** Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media **ACADÉMICA** y aprobado oficialmente por la Secretaria de Educación Municipal de Floridablanca, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADÉMICA,** según Resolución No. 17755 del 5 de diciembre de 2000, modificada según Resolución 2310 del 29 de octubre de 2013.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media **ACADÉMICA,** llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TITULO DE:

## BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA**
T.I: 99041404996 DE BUCARAMANGA

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 19 de fecha 30 de noviembre de 2015, que consta de 21 estudiantes graduandos, que inicia con el nombre de ARDILA AMADO MARÍA JULIANA y cierra con el nombre de TORRES HERREÑO JUAN FRANCISCO.

Firmada y sellada por HUMBERTO YECID CASTRO MELO (Rector) y YENY PAOLA AMAYA CALDERÓN (Secretaria).

Dada en Floridablanca, a los 30 días del mes de noviembre del año 2015.

COLEGIO ANDALUCIA RECTORIA F/bca.

Rector,
C.C. No. 19.253.597 DE BOGOTÁ

COLEGIO ANDALUCIA SECRETARIA F/bca.

Secretaria,
C.C. No. 1.098.688.665 DE BUCARAMANGA

Scanned with CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre el

# Colegio Andalucía

Floridablanca - Santander

Aprobado por la Secretaría de Educación Municipal según Resolución No. 17755 del 5 de diciembre de 2000, modificado según Resolución No. 1059 del 27 de Mayo de 2013, en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 67o. de la Constitución Política y por el Artículo 11o. del Decreto 1860 de 1994,

Confiere el presente

# Certificado

a

## María Fernanda Bonilla Aranda

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios de Educación Básica y haber cumplido los requisitos del Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. -

Rector,

Secretaria,

Anotado en el control interno en el Libro No. 993 Folio No. 02

Dado en Floridablanca, a 02 de Diciembre del año 2013.

Scanned with CamScanner

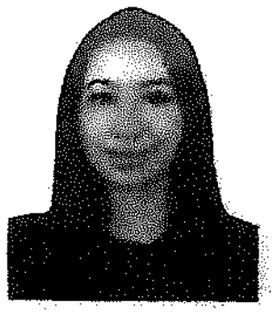
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA**

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

## ENFERMERA



**MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA**
**C.C. 1.098.819.681**
**Universidad Autonoma De Bucaramanga**
**Bucaramanga**
**Fecha de Expedición Diploma: *17/07/2025***
**Fecha de Inscripción en Reflus: *4/08/2025***

**68655**

**Representante Legal Organización Colegial de Enfermería**

**Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.**

**Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.**
**www.oceinfo.org.co**

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

IDéntico S.A.S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.098.819.681
BONILLA ARANDA
APELLIDOS
MARIA FERNANDA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ABR-1999
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-2017 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-2700100-00025586-F-1098819681-20170725 0056615751A 2 48054760

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141211781461

(415)7707212489984(8020) 000014121178146 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 9 8 8 1 9 6 8 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | |

## 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 9 8 8 1 9 6 8 1 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| BONILLA | ARANDA | MARIA | FERNANDA |

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 159 # 157 - 65 TORRE 9 APART. 102 EL BOSQUE

42. Correo electrónico: mafebonilla1098@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 7 3 5 2 3 5 9 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código

### 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 61. Fecha 2025-09-30 / 09:58:45AM

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 BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 06-10-2026 03:49:49PM

**TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA**

NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

# Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA, con CC No. 1098819681, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 9 de octubre de 2026.

Atentamente

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**

Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Carrera 13A Nº 106A - 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 - Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunaleticoenfermeria.com / trienfer@gmail.com

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304455635

PIB
07:36:38
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de octubre 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) MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1098819681:

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 Política 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

Mario Enrique Castro González
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.**

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 martes 06 de octubre de 2026, a las 16:04:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1098819681 |
| Código de Verificación | 109881968126100616042S |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 04:07:02 PM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1098819681**
Apellidos y Nombres: **BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA**

**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.

Volver al Inicio

Policía Nacional

Inicio Preguntas frecuentes Contacto Normatividad

# 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 15:50:46 horas del 08/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1098819681,**
Apellidos y Nombres **BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CLINICA GUANE**, con NIT **109881968-1** 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.

Imprimir

Policía Nacional de Colombia

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, 07/10/2026 05:16:48 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1098819681** y Nombre: **MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA.**

## 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. **149184935** . 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 Consulta | Imprimir

**Policía Nacional de Colombia**
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

**SaludTotal**

BMANGA, Octubre 8 de 2026

Señora:

BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA

CC. 1098819681CR 6 39 07 - 3107

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 23 de 2003. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem_cot | Sem_Ant | Parentesco | Estado_Afiliación | Fecha_de_desafiliación_EPS | Estado_Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA | 1098819681 | C | May-23-2003 | 317 | 235 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| ARANDA CARRIZOSA DIANA | 63342153 | C | Jul-25-2007 | 235 | 235 | PADRES | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón_social_del_aportante | Usuario_en_contrato | Tipo_de_contrato | Estado_de_contrato |
|---|---|---|---|
| COMERCIALIZADORA SINERGIA SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| COMERCIALIZADORA SINERGIA SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| COMERCIALIZADORA SINERGIA SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| DISEÑOS Y TEXTILES ACT SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| DISEÑOS Y TEXTILES ACT SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| ED GRUPO EMPRESARIAL DEL VALLE | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| FORMAS ESTRATEGICAS ALDAIR SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| FORMAS ESTRATEGICAS ALDAIR SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| FORMAS ESTRATEGICAS ALDAIR SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| JOAM SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| JOAQUIN MALDONADO PARDO | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| JR GESTIONES Y FINANZAS SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| JR GESTIONES Y FINANZAS SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA | 1098819681 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA | 1098819681 | Independientes con contrato de prestación de servi | CERRADO |
| MULTI PROVISIONES SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |
| MULTI PROVISIONES SAS | 1098819681 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Linea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

| ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO No. 075-2026 | | | |
|---|---|---|---|
| **INFORMACIÓN DEL CONTRATO** | | | |
| **No. DE CONTRATO** | 075-2026 | **FECHA DE CONTRATO** | 13/02/2026 |
| **CONTRATISTA / REPRESENTANTE LEGAL** | **MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA** | | |
| **C.C. / N.I.T** | 1.098.819.681 expedida en Bucaramanga. | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA LLEVAR A CABO LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD CON EL FIN DE FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA APS RESOLUCIÓN 709 DE 2025 - AREA URBANA" | | |
| **No. CDP** | 26-00000118 de fecha 06/02/2026 | | |
| **No. RP** | 26-00000162 de fecha 20/02/2026 | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 42'000.000 | | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | SIETE (07) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO Y EN TODO CASO, NO PODRÁ SUPERAR LA VIGENCIA DEL AÑO 2026. | | |
| **POLIZA DE GARANTÍAS:** | ASEGURADORA | N/A | |
| | NÚMERO DE PÓLIZA | N/A | |
| | FECHA DE APROBACIÓN | N/A | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | 23/02/2026 | | |
| **FECHA DE ADICIÓN** | N/A | | |
| **No. CDP ADICIÓN** | N/A | | |
| **No. RP ADICIÓN** | N/A | | |
| **VALOR DE LA ADICIÓN** | N/A | | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA ADICIÓN** | N/A | | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | 22/09/2026 | | |
| **NOMBRE SUPERVISOR** | KAROLINA HERNANDEZ VALDIVIESO (01-09-2026 al 14-09-2026) | | |
| **CARGO SUPERVISOR** | SUBDIRECTORA CIENTÍFICA | | |
| **NOMBRE SUPERVISOR** | CARLOS ALBERTO MALAGON HERRERA (15-09-2026 al 22-09-2026) | | |
| **CARGO SUPERVISOR** | SUBDIRECTOR CIENTÍFICO ENCARGADO | | |

De conformidad con el Acuerdo No. 019 del 18 de diciembre de 2024 (Manual de Contratación), se reunieron el **Siete (07) del mes de Octubre de dos mil veintiséis (2026)**, el DR. CARLOS ALBERTO MALAGON HERRERA, GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL de la E.S.E. Clínica Guane y su R.I.S, el DR. CARLOS ALBERTO MALAGON HERRERA, en calidad de Supervisor encargado del contrato y **MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.098.819.681** expedida en Bucaramanga, en su condición de contratista, en el que hemos convenido llevar a cabo, libre y voluntariamente, suscribir la presente acta de liquidación del contrato de prestación de servicios No. 075-2026, conforme a lo siguiente.

I. CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: terminación del contrato por terminación del objeto contractual.
II. De acuerdo a la ejecución contractual, se presenta el siguiente balance.

| BALANCE ECÓNOMICO DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| VALOR DEL CONTRATO<br>VALOR ADICIÓN | $ 42'000.000<br>NA | |
| **RELACIÓN DE PAGOS** | | **TOTAL BRUTO** |
| **PRIMER PAGO**<br>Del día 23 de Febrero al día 28 de Febrero 2026 | | $1'600,000 |

| | | |
|---|---|---|
| **SEGUNDO PAGO**<br>Del día 01 de Marzo al día 31 de Marzo de 2026 | | $6´000.000 |
| **TERCER PAGO**<br>Del día 01 de Abril al día 30 de Abril de 2026 | | $6´000.000 |
| **CUARTO PAGO**<br>Del día 01 de Mayo al día 31 de Mayo de 2026 | | $6´000.000 |
| **QUINTO PAGO**<br>Del día 01 de Junio al día 30 de Junio 2026 | | $6´000.000 |
| **SEXTO PAGO**<br>Del día 01 de Julio al día 31 de Julio de 2026 | | $6´000.000 |
| **SEPTIMO PAGO**<br>Del día 01 de Agosto al día 31 de Agosto de 2026 | | $6´000.000 |
| **ULTIMO PAGO**<br>Del día 01 de Septiembre al día 22 de Septiembre de 2026 | | $4´400.000 |
| **SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR** | | $ 0 |
| **TOTAL (SUMAS IGUALES)** | **$ 42'000.000** | **$ 42'000.000** |
| **TOTAL EJECUTADO:** | | **100%** |

En consecuencia de lo anterior, las partes:

1. De común acuerdo, damos por liquidado el presente contrato, por tal motivo se extingue la obligación entre el contratante y el contratista.
2. El supervisor del contrato, revisó y verificó los informes de ejecución del contrato y los pagos del sistema de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales)
3. Con ocasión de la operación del objeto del contrato, el contratista garantizó durante la ejecución parcial, mencionado servicio, por tal motivo renuncia a reclamar cualquier valor que excede del estipulado en el contrato, es decir, acuerda que no llevará a cabo ninguna reclamación y/o reconocimiento posterior por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones, por el valor excedido.
4. Forma parte de la presente acta, los informes de actividades del contratista presentados en cada uno de los periodos.

Las partes (contratante y contratista) acuerdan que no habrá reconocimiento posterior por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones a cargo de ellas a favor de la otra, como consecuencia de la liquidación del contrato, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones y se declaran a paz y salvo por todo concepto.

Dado en Floridablanca (Santander), el día siete (07) de Octubre del año dos mil veintiséis (2026).

**CARLOS ALBERTO MALAGON HERRERA**
SUBDIRECTOR CIENTIFICO (E)
E.S.E CLINICA GUANE Y SUS RIS
**SUPERVISOR**

**MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA**
C.C. No. 1.098.819.681 de Bucaramanga.
**CONTRATISTA**

**CARLOS ALBERTO MALAGON HERRERA**
GERENTE
E.S.E CLINICA GUANE Y SUS RIS

| ACTA DE LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO No.324 de 2025 | | | |
|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATO | | | |
| **No. DE CONTRATO** | *324-2025* | **FECHA DE CONTRATO** | *10/09/2025* |
| **CONTRATISTA / REPRESENTANTE LEGAL** | MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA | | |
| **C.C. / N.I.T** | No.1.098.819.681 expedida en Bucaramanga | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO** | *PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PARA LLEVAR A CABO LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD CON EL FIN DE FORTALECER EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA-APS-RESOLUCIÓN 1397 DEL 2024.* | | |
| **No. CDP** | 25-00000331 DE FECHA 15/07/2025 | | |
| **No. RP** | 25-00001086 DE FECHA 15/09/2025 | | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000) | | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | TRES (03) MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO Y EN TODO CASO, NO PODRÁ SUPERAR LA VIGENCIA DEL AÑO 2025. | | |
| **POLIZA DE GARANTÍAS:** | ASEGURADORA | N/A | |
| | NÚMERO DE PÓLIZA | N/A | |
| | FECHA DE APROBACIÓN | N/A | |
| **FECHA DE INICIO DEL CONTRATO** | 15 DE SEPTIEMBRE DE 2025 | | |
| **FECHA DE ADICIÓN** | N/A | | |
| **No. CDP ADICIÓN** | N/A | | |
| **No. RP ADICIÓN** | N/A | | |
| **VALOR DE LA ADICIÓN** | N/A | | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA ADICIÓN** | N/A | | |
| **FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO** | *14 DE DICIEMBRE DE 2025* | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR** | KAROLINA HERNANDEZ VALDIVIESO | | |
| **CARGO DEL SUPERVISOR** | SUBDIRECTORA CIENTÍFICA | | |

De conformidad con el Acuerdo No. 019 del 18 de diciembre de 2024 (Manual de Contratación), se reunieron a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025), El Dr. CARLOS ALBERTO MALAGON HERRERA, Gerente y Representante Legal de la E.S.E CLÍNICA GUANE y su RIS, Dr.KAROLINA HERNANDEZ VALDIVIESO ,en calidad de supervisor del contrato y MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.098.819.681 de Bucaramanga, Santander, en su condición de contratista, en el que hemos convenido llevar a cabo, libre y voluntariamente, suscribir la presente acta de liquidación del contrato de prestación de servicios No. 324 de 2025, conforme a lo siguiente:

I. CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: terminación del contrato por terminación del objeto contractual.

II. De acuerdo a la ejecución contractual, se presenta el siguiente balance.

| BALANCE ECÓNOMICO DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **VALOR DEL CONTRATO** | **$18.000.000** | |
| **VALOR ADICIÓN** | **NA** | |
| **RELACIÓN DE PAGOS** | | **TOTAL BRUTO** |
| **PRIMER PAGO**<br>Del día 15 de Septiembre al día 30 de septiembre de 2025 | | $ 3.200.000 |
| **SEGUNDO PAGO**<br>Del día 01 de octubre al día 31 de octubre de 2025 | | $ 6.000.000 |
| **TERCER PAGO**<br>Del día 01 de noviembre al día 30 de noviembre de 2025 | | $ 6.000.000 |

| | | |
|---|---|---|
| **PAGO FINAL**<br>Del día 01 de diciembre al día 14 de diciembre de 2025 | | $2.800.000 |
| **SALDO A FAVOR DE LA CLÍNICA GUANE** | | **$ 0.** |
| **TOTAL (SUMAS IGUALES)** | **$ 18.000.000** | **$ 18.000.000** |
| **TOTAL EJECUTADO:** | **100%** | |

En consecuencia de lo anterior, las partes:

1. De común acuerdo, damos por liquidado el presente contrato, por tal motivo se extingue la obligación entre el contratante y el contratista.
2. El supervisor del contrato, revisó y verificó los informes de ejecución del contrato y los pagos del sistema de seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales)
3. Con ocasión de la operación del objeto del contrato, el contratista garantizó durante la ejecución parcial, mencionado servicio, por tal motivo renuncia a reclamar cualquier valor que excede del estipulado en el contrato, es decir, acuerda que no llevará a cabo ninguna reclamación y/o reconocimiento posterior por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones, por el valor excedido.
4. Forma parte de la presente acta, los informes de actividades del contratista presentados en cada uno de los periodos.

Las partes (contratante y contratista) acuerdan que no habrá reconocimiento posterior por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones a cargo de ellas a favor de la otra, como consecuencia de la liquidación del contrato, por lo cual no se consignan observaciones u objeciones y se declaran a paz y salvo por todo concepto.

Dado en Floridablanca (Santander), a los quince (15) días del mes de diciembre del año 2025

***KAROLINA HERNANDEZ VALDIVIESO***
**SUPERVISOR**
***SUBDIRECTORA CIENTIFICA***

**MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA**
**Contratista**
**CC: No.1.098.819.681 expedida en Bucaramanga**

**CARLOS ALBERTO MALAGON HERRERA**
Gerente
E.S.E CLINICA GUANE Y SUS RIS

# Dr. Edgard Bonett

Médico Especialista en Salud Ocupacional
NIT: 90133593-6
Cel: 311 556 4304 - Email: drbonett@gmail.com




## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 2.808

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 05 DÍA | 09 MES | 2025 AÑO | BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULARES | PARTICULARES |

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 | |
|---|---|---|---|---|
| BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA | FEMENINO | 26 AÑOS 4 MESES 22 DÍAS | CC (Tipo) | 1088819681 (Número) |

Cargo
EN RMERA PROFESIONAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)**

Observaciones: *NO APLICA*

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

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | |
| | PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | |

**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 exa es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma: DR. EDGAR BONETT S. MÉDICO CIRUJANO Especialista en Salud Ocupacional R.M. 001466 L.S.O. 3115

Nombre: CC: 88280506 - EDGARD BONETT

R. M.: 001466 L.S.O.: 3115

Código de Seguridad
**X195D1J2808**

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: BONILLA ARANDA MARIA FERNANDA

CC: 1088819681

| | RESOLUCION | CÓDIGO | [illegible] |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 3 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/03/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

**RESOLUCION NÚMERO** 03628 **DE**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que **EDGARD ERASMO BONETT SOLANO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 88280506 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

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 3115 de 10 de marzo de 2010 de la Secretaria de Salud 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 segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Renuévese **LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: EDGARD ERASMO BONETT SOLANO - MEDICO CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 88280506 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, 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 de la 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**

Dada en Bucaramanga a los 04 JUN 2020

**JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ**
**Secretario de Salud Departamental**

Escaneado con CamScanner

# Certificación
# Bancaria

Jueves, 08 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA identificado(a) con CC 1098819681, a fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorros | 79562323851 | 2024-01-17 | 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 BANCOLOMBIA S.A. Estados Unidos

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

## ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1098819681

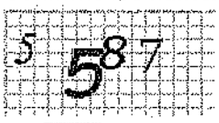
Primer Nombre

Maria

Primer Apellido

Bonilla

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6540

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2026-10-08 - 12:10:41 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1098819681 | MARIA | FERNANDA | BONILLA | ARANDA | Vigente | Ve |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA FERNANDA BONILLA ARANDA identificado(a) con CC 1098819681 registra La siguiente información:**

**2026-10-08 - 12:10:41 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2025-08-04 | 1098819681 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |
| UNV | Local | PSICOLOGIA | 2021-03-02 | 1995 | DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Exonerado del SSO | Local | COLOMBIA\|NO APLICA\| | 1900-01-01 | 1900-01-01 | Sin Modalidad | Enfermería | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

**La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

## SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

## Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

TIC

# 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 1098819681 **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 07/10/2026 05:38 PM

Código Verificación: **XT5MRK8NFA**

Válida hasta: **07/01/2027**

---

## Dirección de Gobierno Digital

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

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-10-07 19:44 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| MARIA FERNANDA | | BONILLA | ARANDA |

| Documento de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1098819681 |

| Lugar de nacimiento | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | BUCARAMANGA |

| 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 | CLINICA GUANE - FLORIDABLANCA |

| Lugar de sede | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | FLORIDABLANCA |
| Dirección | ["Calle 4 No.7 - 01"] | | | | |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA | | | | |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $3.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $500.000,00 |
| TOTAL | $3.500.000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $11.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| APARTAMENTO | COLOMBIA | SANTANDER | FLORIDABLANCA | $200.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| MADRE | $600.000,00 |

## 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: