EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	02
		VIGENCIA	04/05/2023

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	✓			
2	Hoja de vida en pdf (actualizada con foto)	✓			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	✓			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	—			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No menor a tres meses	✓			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No menor a tres meses	✓			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	✓			
8	Certificado medidas correctivas. *No menor a tres meses	✓			
9	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	✓			
10	RUT Actualizado	✓			
11	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	✓			
12	Certificado actual de afiliación EPS	✓			
13	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	✓			
14	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	✓			
15	Formato de declaración de bienes y rentas conflicto intereses ajustado SIGEP II	✓			
16	Formato de oferta de prestación de servicios	✓			
17	Formato de indemnidad	✓			
18	Formato de ARL	✓			
19	Autorización manejo de datos personales (habeas data)	✓			
20	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	✓			
21	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	✓			
22	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	✓			
23	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	✓			
24	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	✓			
25	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría *Vigencia de 3 años	✓			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
26	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
27	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
28	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
29	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Tarjeta profesional				
33	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
34	ReTHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	✓			
35	Resolución de convalidación de títulos *Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
36	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)	✓			
37	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	✓			
38	Manejo del duelo (Asistenciales)	✓			
39	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
	AUXILIAR DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
40	Soporte vital básico con fecha de vigencia	✓			
41	Toma de muestra con fecha de vigencia	✓			
	JEFE DE ENFERMERIA URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
42	Toma de muestra con fecha de vigencia				
43	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIATRICAS O GINECOLOGICAS				
44	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
45	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
46	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos.				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
47	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
48	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
49	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
50	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERIA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
51	Retiro e inserción DIU				
52	Retiro e inserción JADELLE				

53	Certificado de formación en toma de citología					
54	Soporte vital avanzado					
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
55	Soporte v tal avanzado					
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
56	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia					
57	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia					
58	Registro único nacional de tránsito RUNT					
59	Licencia de conducción					
60	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito					
61	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.					
	AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA					
62	Soporte vital básico					
63	Primeros Auxilios					
64	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	INGENIERO BIOMEDICO					
65	Certificado del registro INVIMA					
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLINICO					
66	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea					
67	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	RADIOLOGIA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
68	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.					
69	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)					
	SERVICIO DE ALIMENTACION					
70	Certificación de manipulación de alimentos					
71	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.					
	MANTENIMIENTO					
72	Certificado curso de alturas					
73	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.					
	EXPERIENCIA LABORAL					
74	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado					
Nombre y firma de quien verifica la documentación:						

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente, en carpeta de juego de tapas legajadoras tamaño oficio y gancho plástico legajador, además de subir en el link del drive la carpeta con los documentos digitales destinados para tal fin. (Carpeta que no se encuentre subida en drive, no será recibida en físico).**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético y en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADORA TALENTO HUMANO
ROSANA ALEXANDRA SANTO ANGEL

Soacha, 20 de enero de 2024

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetado Doctor Diego Alejandro García Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Nombre del Contratista ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR
CC: 52178539
Dirección: CLL 14D 18R 22
Email: ANGELAHMGY@HOTMAIL.COM
Teléfono/ Celular: 3134301832

ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR
TECNICO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIONES CIENCIAS DE LA SALUD "ESCOLSALUD"



Ciudad. Soacha- Cundinamarca
Dirección: calle 14d n° 18 R - 22
Teléfono: 3134301832 -3224680048
Email: angelahmgy@hotmail.com
Fecha de nacimiento: 10 de julio de 1974
Cedula de ciudadanía # 52'178.539
Estado civil: CASADA

PERFIL PROFECIONAL

Los conocimientos adquiridos en los campos de la enfermería durante el desarrollo de mi experiencia me han dado a formación integral con conocimiento para manejar pacientes en el ámbito hospitalario , asistencial, comunitario ,grupal e individual en las áreas de bienestar social programas de promoción y prevención en salud publica para ser una persona idónea en el desempeño profesional con un alto grado de responsabilidad , eficiencia, calidad humana , ética , dedicación y trabajo en equipo excelentes relaciones interpersonales con gran actitud de servicio y disposición para laborar me identifico y me siento comprometida con el desarrollo de proyectos a mejorar estándares de la calidad de vida a través del potencial humano

FORMACION ACADEMICA

- TECNICO EN SALUD PUBLICA

Centro industrial y desarrollo empresarial CIDE Soacha regional Cundinamarca (SENA).
Duración 18 meses Teórico y practico marzo 2019.

- TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

Escuela colombiana de formaciones en ciencias de la salud
"ESCOLSALUD"
Duración: 1800 horas teórico practico7 de septiembre de 2002.

- BACHILLERATO ACADEMICO:

Centro Educativo" SUA" 1999

OTROS ESTUDIOS

- CURSO DE PROTOCOLOS DE ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE QUEMADURAS CON AGENTES QUIMICOS
  Asociación AJUDISP
  Duración: 20 horas 15 de enero de 2024

- ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
  Asociación AJUDISP
  Duración: 20 horas 16 de enero de 2024

- GESTION DEL DUELO
  Asociación AJUDISP
  Duración: 20 horas 13 de enero de 2024

- SOPORTE VITAL BASICO (BLS)
  Asociación AJUDISP
  Duracion:20 horas 13 de enero de 2024

- TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO
  Asociación AJUDISP
  Duracion:20 horas 13 de enero de 2024

- CURSO PRIMER RESPONDIENTE

Fundación nuestra señora de la esperanza
Duracion:60 horas octubre 26 de 2021-octubre 26 de 2023

- CURSO ATENCION DIFERENCIAL EN SALUD A PERSONAS LGBTI

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Duración del 19 de febrero 2021 al 9 de abril de 2021

- TALLER PARA LA PREVENCION Y MANEJO DEL
  CON COVIC (19)
  Saber salud centro de formación en salud
  Duración 20 horas 28 y 30 marzo 2020

- FORMACION BASICA VIRTUAL CON COVIC (19)
  Cruz roja colombiana
  Duración 4 horas 2 de abril de 2020

- CURSO VIRTUAL PRIMEROS AUXILIOS
  Cruz roja colombiana
  Duracion 8 horas abril 2020

- CERTIFICACION DE COMPETENCIA LABORAL EN LA NORMA ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS SEGÚN DELEGACION Y NORMATIVA DE SALUD
  Servicio nacional de aprendizaje SENA 24 de noviembre de 2019
  Nivel AVANZADO

- 2 CONGRESO DEPARTAMENTAL ACTUALIZACION EN VACUNACION
  SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA.
  Duración 26 y 27 de septiembre de 2019

- DIPLOMADO DE EMBAJADORES DE LA FELICIDAD
  Gobernación de Cundinamarca alta consejería para la consejería y bienestar
  Duración un mes 23 de abril de 2019

- TECNICO EN SALUD PUBLICA
  Centro industrial y desarrollo empresarial CIDE Soacha regional Cundinamarca
  Duración 18 meses marzo 2019.

- 1 CONGRESO DEPARTAMENTAL ACTUALIZACION EN VACUNACION
  SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y UNIVERSIDAD DECUNDINAMARCA.
  Duración 27 y 29 de septiembre de 2018

- CERTIFICACION DE COMPETENCIA LABORAL EN LA NORMA ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS SEGÚN DELEGACION Y NORMATIVA DE SALUD
  Servicio nacional de aprendizaje SENA 24 de Noviembre de 2019

EXPERIENCIA LABORAL Y LOGROS OBTENIDOS

SUBRED SUR OCCIDENTE
Duración 3 años
Logros adquiridos prestar el servicio de apoyo el programa de ruta de la salud desempeñándome en el traslado de pacientes verificación de citas médicas trasladarlos a los centros asistenciales para el cumplimiento de todo en cuanto a salud autorizaciones, reclamar medicamentos, realizar imágenes diagnosticas, realizar la digitación a los diferentes traslados etc. Traslado de pacientes casa a casa en territorios e identificando el riesgo de enfermedades Eda, era , mujeres gestantes personas en condición de discapacidad, pacientes crónicos, habitante de calle, personas en condición de desplazamiento.
Duración 3 años
Terminación contrato

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS CENTRO DE SALUD SIBATE

AUXILIAR DE ENFERMERIA PUNTO DE VACUNACION
Funciones: administración de inmunobiologicos a la población objeto, vacuna antirrábica y sueros antirrábicos de inmunoglobulina realización bases de quinquenio, demanda inducida, resolución 4505, tes de Friends, seguimiento a gestantes. Seguimiento a la cohorte de recién nacido. Digitar en el aplicativo pai web todos los biológicos aplicados y otras funciones correspondientes al servicio visitas de epidemiologia casos antirrábicos.
Auxiliar de enfermería en servicio de vacunación
Fecha de inicio:6 de octubre de 2019
Fecha de terminación. 29 febrero 2020.
Logro adquirido: mayor experiencia en cuanto al manejo de inmunobiologicos y prevención de enfermedades en salud pública.

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

AUXILIAR DE ENFERMERIA
Funciones realizadas Administración de inmunobiológicos a niños menores de 6 años, mujeres en edad fértil, embarazado adulto mayor. Visitas casa a casa asistir a brigadas de salud. Visita de geriátricos para aplicación de influenza.
Fecha de inicio: 6-octubre de 2016

Logro adquirido: experiencia en esquema y aplicación de los mismos

HOSPITAL PABLO VI BOSA

Duración 3 años

Logros adquiridos trabajar en el programa de territorios saludables realizando control de talla, peso e identificando el riesgo de enfermedades Eda, era , mujeres gestantes personas en condición de discapacidad, pacientes crónicos, habitante de calle, personas en condición de desplazamiento.

Registro y aplicación de inmunobiologicos realizando actividades tipo barrido casa a casa en cada territorio.

TERMINACION CONTRATO CAMIO DE ALCALDIA.

EMPRESA DE SALUD DE SOACHA

Funciones

Duración 3 años

Logros adquiridos experiencia en cuanto al trabajo en comunidad con programas pic y pai trabajos de salud a su casa, manejo de inmunobiologicos para prevención de enfermedades prevalentes de la infancia, mujer en edad fértil, gestante y adulto mayor.

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Funciones realizadas

Auxiliar de enfermería en servicio de vacunación

Duración 2 años

Logro adquirido: experiencia en esquema y aplicación de los mismos.

AUXILIAR DE ENFERMERIA EN SALA DE PARTOS Y AREA DE GINECOLOGIA

Duración 2 años

Logros adquiridos: atención de parto, preparto, posparto y adaptación RN .

AUXILIAR DE ENFERMERIA EN PROMOCION Y PREVENCION

Funciones realizadas

Consulta de planificación familiar, toma y entrega de resultados de citologías demanda inducida.

Duración 1 año

Logros adquiridos experiencia en saber cómo decirles a los pacientes en cuanto a las enfermedades de trasmisión sexual.

AUXILIAR DE LABORATORIO DE CITOLOGIAS

Funciones realizadas
Recepción procesamiento y entrega de resultados
Duración 1 año
Logros adquiridos experiencia en el proceso de cómo poder leer una muestra y ver el significado.

AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE OBSERVACION, QUIRURGICOS, URGENCIA, PRIORITARIAS TRIAGGE, GINECOLOGIA Y SALA DE PARTOS.

Duración 3 años
Logros adquiridos experiencia y conocimiento en cuanto a lo que es clasificar una Urgencia y los cuidados que se deben tener día a día con los pacientes.

REFERENCIAS LABORALES

CAROLINA LEON GUALDRON
CORDINADORA PAI ESE MUNICIPAL
TEL: 3214129890

BEATRIZ SOFIA MARTINEZ LANDEAZABAL
REFERENTE SERVICIO DE LA RUTA DE LA SALUD
TEL3017200514

REFERENCIAS PERSONALES

ANA PABIOLA FERNANDEZ
AUX DE ENFERMERIA
TEL 3202547596

SANDRA CAROLINA HULRTAS
ENFERMERA PROFESIONAL
TEL:3224627423

Angela Castillo

ANGELA STELLA CASTILLO CANTIVAR
CC. # 52'178.539 DE BOGOTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.178.539**
CASTILLO GANTIVAR

APELLIDOS
ANGELA STELLA

NOMBRES

Angela Castillo

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1974**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

06-OCT-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1524700-00891837-F-0052178539-20170328 0054619021A 1 1704331665

Powered by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 239073883

PIB
14:50:57

Bogotá DC, 16 de enero del 2024

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) ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52178539:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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 16 de enero de 2024, a las 15:21:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52178539
Código de Verificación	521785392401161521 23

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:25:53 PM horas del 16/01/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52178539**
Apellidos y Nombres: **CASTILLO GANTIVAR ANGELA STELLA**

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.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/01/2024 03:55:02 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52178539 .**

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. **82473776** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14730238041

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 52178539 | 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	52178539	19921006

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTILLO	GANTIVAR	ANGELA	STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Usaquén 754

41. Dirección principal: CL 14 D 16 R 22 BRR PRADO LAS VEGAS

42. Correo electrónico: angiclahmgy@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3134306832	4734545

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código		51. Código	52. Número establecimientos
8699	2002/01/01						0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒ | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2021-01-12 07:31:21

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:

964. Nombre: CASTILLO CANTIVAR ANGELA STELLA

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Establecimientos

001

Página 2 de 2 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14730236041

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 1 7 8 5 3 9

6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. 3 2

14. Buzón electrónico:

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2

161. Actividad económica: Expendio de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del establecimient 5 5 3 0

162. Nombre del establecimiento: JARANA BAR CLUB

163. Departamento: Cundinamarca 2 5

164. Ciudad/Municipio: Soacha 7 5 4

165. Dirección: CR 17 14 A 04 BRR PRADO LAS VEGAS

166. Número de matrícula mercantil: 0 1 8 0 4 4 9 7

167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 0 8 0 5 2 2

168. Teléfono: 5 7 5 9 6 6 5

169. Fecha de cierre: 2 0 2 4 - 0 6 - 1 4

2

160. Tipo de establecimiento:

161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:

164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:

167. Fecha de la matrícula mercantil:

168. Teléfono:

169. Fecha de cierre:

3

160. Tipo de establecimiento:

161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:

164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:

167. Fecha de la matrícula mercantil:

168. Teléfono:

169. Fecha de cierre:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
REGIÓN DE SALUD SOACHA		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2024-01-16	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	Auxiliar de enfermeria

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTILLO	GANTIVAR	ANGELA	STELLA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C	X	C.E	R.C	NUIP	52178539	BOGOTA	1992-10-06
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1974-07-10	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)		CASADO(A)	X	DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		VIUDO(A)		1	3	3134301832

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO		BACHILLER		PRIMARIA		TECNICO	X	TECNOLOGO		OTRO		CUAL:	Auxiliar de enfermeria	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE14D# 18R 22	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3224680048

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
ANGELAHMGY@HOTMAIL.COM	N/A	PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LADINO	SUAREZ	EUCLIDES	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C	X	C.E	R.C	NUIP	79202854	SOACHA	1982-12-04
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI X NO	NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO		CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA			IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI			SI		NO X	8699	
	NO	X	ICA	SI		NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE				AGENTE RETENEDOR			AGENTE AUTORETENEDOR		
SI		NO	X		SI			SI	
					NO	X		NO	X

FUNCIONARIO PUBLICO			ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI		NO X	SI		NO X	ESE Region de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	800036850-3
EXPORTACIONES		AGRICOLA		ENERGETICA		FINANCIERA		TRANSPORTE		TECNOLOGIA		ALIMENTOS		MEDICAMENTOS		GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD	X
OTRA		CUAL:																			

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 13 No. 10 - 60	730 92 30	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2024-01-20

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 2.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 500.000	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 500.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GARZON	GUERRERO	MARYI	TATIANA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
CALLE33 #24B171	CUNDINAMARCA	AMIGA	

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	cuenta de ahorros	272255860	SOACHA	7309285

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: N/A

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirta de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
I. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730.92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9 AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Angela Castillo

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

famisanar

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 26 01 2024

I. DATOS DEL TRAMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite — 2. Tipo de Afiliación: A. [X] — 3. Régimen: A. [X] — 4. Tipo de afiliado: A. [X] — 5. Tipo de cotizante: B. [X]

A. AFILIACION II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Castillo | Cantivar | Angela | Stella

7. Tipo de documento de identidad: CC — 8. Número de documento de identidad: 52178539 — 9. Sexo: X — 10. Fecha de nacimiento: 10 07 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia — 12. Discapacidad — 13. Puntaje SISBEN: C3 — 14. Grupo de población especial — 15. Administradora de pensiones - AFP: Colpatria — 16. Administradora de pensiones: Colpensiones

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: 1300.000 — 18. Residencia: Calle 14D # 18 E 22, Soacha — Cundinamarca — 3134301832 — angelahmgy@hotmail.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos basicos de identificacion del conyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres — 20. Tipo de documento de identidad — 21. Número del documento de identidad — 22. Sexo — 23. Fecha de nacimiento

Datos basicos de identificacion de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres — 25. Tipo de documento de identidad — 26. Número del documento de identidad — 27. Sexo — 28. Fecha de nacimiento — Datos complementarios: 29. Parentesco — 30. Etnia

31. Discapacidad — 32. Datos de residencia — 33. Valor de la UPC del afiliado adicional cotizante por la EPS

Solicitamos a la EPS tener en cuenta:

34. Entidad Promotora de Salud o Entidad Administradora de servicios de salud - EPS: Coleobsidio — Código de la EPS

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Angela stella Castillo Cantivar — 36. Tipo de documento de identificación: CC — 37. Número del documento de identificación: 52178539 — 38. Tipo de aportante — 39. Clase de pensionado

40. Dirección: Calle 14D #18E22 — 3134301832 — angelahmgy@hotmail.com — Soacha Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

41. Tipo de Novedad

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

42. Tipo de identificación — 43. Número del documento de identidad — 44. Sexo — 45. Fecha de nacimiento — 46. Fecha novedad

47. EPS origen — 48. Motivo de traslado — 49. Caja de compensación familiar — 50. Ingreso

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

ATU15190 famisanar 26 ENE 2024 RECIBIDO Verificación

VIII. FIRMAS

Angela Castillo

IX. ANEXOS

ATU15190 famisanar 26 ENE 2024 RECIBIDO Verificación

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52178539,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2016** 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 19 de enero de 2024.

Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección 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.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Castillo	Gantivar	Angela Stella

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52178539 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES 07 AÑO 1974

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ, D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ, D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 14D 18R 22 CASA PRADO DE LAS VEGAS

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: EMAIL: angelahmgy@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2019
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	09	2002	52178539

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 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 HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7309230	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	02	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION				*DIRECCIÓN* Clalle 13 No. 10-48							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	05	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA DE SALUD	*DEPENDENCIA* A NIVEL NACIONAL				*DIRECCIÓN* Vacia							

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	10

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 19 - Enero 2024

Angela Castillo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Angela Stella Castillo Gantivar

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52178539 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CALLE 14 D 18 R 22 CASA PRADO DE LAS VEGAS TELÉFONO: 3134301832

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DANIEL DAVID LADINO CASTILLO	1007866405	HIJO(A)
JESSICA JULIETH LADINO CSTILLO	1072189135	HIJO(A)
MONICA ALEJANDRA LADINO CASTILLO	1073703017	HIJO(A)
MARIA HERMINDA GANTIVAR DE CASTILLO	41422686	MADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$19.600.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$19.600.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	272255860	BANCO BOGOTA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
OTROS	0	0

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
JUNA DE ACCION COMUNAL BARRIO PRADO VEGAS	miembro de la junta

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
EUCLIDES LADINO SUAREZ	C.C. X C.E. T.I.	79202854

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Angela Castillo
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 18-01-2024
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 18 de ENERO de 2024

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Angela Stella castillo gantivar, identificado(a) con cedula No. 52178539de Bogotá interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: auxiliar de enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (_X_) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Angela Castillo

C.C. 52178539

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO. Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 18 de enero de 2024

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Angela Stella castillo gantivar identificado (a) con Cedula de ciudadanía No.52178539, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud. Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos. **b)** Este suscrito por las partes (gerente y Contratista). **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar. **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Angela Castillo

C.C. No. 52178539

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha.
Evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL: AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR

Nº Documento: 52178539

Fecha de Nacimiento: 10 DE JULIO DE 2024

Teléfono. Fijo – Celular:3 1 3 4 3 0 1 8 3 2

E-mail: ANGELAHMGY@HOTMAIL.COM

EPS: FAMISANAR

AFP: COLPENSIONES

Firma Contratista: Angela Castillo

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	52178539
Nombre:	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR
Fecha Inicio contrato:	26/01/2024
Fecha Fin contrato:	30/09/2024
Fecha Inicio cobertura:	30/01/2024
Número contrato:	12083
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 3
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	29/01/2024 05:47:12 p.m.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 19 de enero de 2024

Señores:

ESCUELA COLOMBIANA EN CIENCIAS DE LA SALUD "ESCOLSALUD"

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Ángela Stella castillo gantivar en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Cordialmente;

Firma Angela Castillo

N° Documento 52178539

Tarjeta Profesional N52178539

Dirección de contacto CALLE14D#18R 22

Teléfono 3134301832

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Angela Stella castillo gantivar, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 52178539, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Region de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del *COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD*, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 22 enero 2024.

Angela Castillo

Firma y huella



3134301832

Celular No.

Correo institucional

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES		
	Proceso: Gestión del Talento Humano	CODIGO	TH_FTO_56
		VERSION	00
		VIGENCIA	04/05/2023

Soacha,18 de enero de 2023.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo Angela Stella castillo Gantivar con C.C. 52178539 expedida en bogota, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

Angela Castillo
C.C.52178539

La ultima version de cada documento sera la unica valida para su utilizacion y estara disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Region de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una version desactualizada

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4752344913

PÓLIZA No: 475 -89 - 994000003470 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS CUCUTA PROMOVEMOS SEGUROS LTDA. COD. AGE: 475 RAMO: 89 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS		DIA	MES	AÑO
VIGENCIA DE LA PÓLIZA	19	01	2024	23:59		19	01	2025	23:59	366		19	01	2024
	FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE	A LAS			VIGENCIA HASTA	A LAS	DIAS		FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	19	01	2024	23:59		19	01	2025	23:59	366
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR IDENTIFICACIÓN: CC 52.178.539
DIRECCIÓN: CLL 14 D N 18 R 22 CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 6015759623

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR IDENTIFICACIÓN: CC 52.178.539
DIRECCIÓN: CLL 14 D N 18 R 22 CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 6015759623
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA CIUDAD: SOACHA

DIRECCION: AV.CALLE 0 No. 0-0

ACTIVIDAD: ENFERMERA

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: CASTILLO GANTIVAR, ANGELA STELLA
ASEGURADO: CASTILLO GANTIVAR, ANGELA STELLA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.
ESPECIALIZACION: AUXILIAR DE ENFERMERIA

OBJETO:

Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********54,950	$*****7,500.00	$ *******11,866	$ **********74,315

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
MDM ASESORES DE SEGUROS Y CIA LTDA.	1950	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000475234491

Angela Castillo
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12. Bogotá

CADF257A0C0BF8775E CLIENTE RNAVARRO 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180
Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Angela Stella.

Apellidos: Castillo Santivar

Documento de identidad: C.C X T.I. Pasaporte PEP otro cual

No 52.178.539

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 07 Año 1974

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del va
COVID-19	1	05/03/21	Pfizer	ENT1 95	Pablo VI	claudia Jozaud	52 889
	2	29/03/21	Pfizer	ER17 42	Pablo VI	Sidiana Parras	1052 277
		05 FEB 2022	Pfizer	210158	[illegible] SEBA[illegible] MATEO	[illegible] Emanuel	-5741

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del va
COVID-19	1	23.02.23 2 DEF	pfizer	pcb0009	[illegible]	52707634	Garcia Rod
	2						

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010791814

Fecha de generación del carné: miércoles, 01 de febrero de 2023 09:24 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52178539
Nombres y Apellidos	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR
Fecha de nacimiento:	10/07/1974

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	08/03/2021	Pfizer	EN1195	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - CAM PABLO VI BOSA
T	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	26/04/2013	Fiebre Amarilla	024Z9011	
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
patitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	18/03/2012	Engerix B Adultos	035B009	
	Segunda dosis	20/04/2012	Engerix B Adultos	035B009	
	Tercera dosis	15/11/2012	Engerix B Adultos	032B004L	
	Refuerzo	02/12/2015	Engerix B Adultos	ahbv408a7	
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52178539
Nombres y Apellidos	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR
Fecha de nacimiento:	10/07/1974

Influenza	Única	25/08/2022	GC FLU	V50222008	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - GRUPO EXTRAMURAL
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Trece valente	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	27/04/2012	Sarampión -Rubéola	013N1036	
Td	Cuarta dosis	12/11/2011	Toxoide Tetánico y diftérico	024L9011C	
	Quinta dosis	18/12/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	024L901013	
	Refuerzo	27/01/2023	Toxoide Tetánico y diftérico	2331L011C	UPA 26 ALCALA MUZU
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				

Dr ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Médico cirujano- UNIVERSIDAD NACIONAL – Especialista en Salud Ocupacional

EVALUACION OCUPACIONAL RSSC: 2575453266

Lic. Salud Ocupacional 006290 DE 20/12/1996 - RES N°12700 DE 01/11/2017

CARRERA 6 # 13A-15 SOACHA- SAN LUIS TELEFONOS: 8410422 - 3003817785

Consecutivo: 1684



Nombre: ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR

Identificacion: CC 52178539

Empresa: INDEPENDIENTE

Cargo a desempeñar AUXILIAR DE ENFERMERIA

Edad: 47 años y 3 meses. Fecha nacimiento: 10/07/1974

Examen para: INGRESO **Fecha Valoración:** jueves 28 de octubre de 2021

Concepto de aptitud

Concepto de Aptitud:	*APTA(O):Sin Limitaciones o Restricciones para el cargo de: AUXILIAR DE ENFERMERIA*
Tipo de cargo:	*OPERATIVO-ENFASIS OSTEOMUSCULAR*
Apoyo diagnóstico:	Agudeza visual.

RECOMENDACIONES

1. *Pausas activas/utilizar EPP/Estilos de vida saludable/No exceder la jornada laboral/Higiene postural.*
2. *Uso de Corrección Optica para Laborar.*
3. *Valoración por nutrición y Endocrinologia de EPS.*
4. *P.V.E Riesgo Biologico*
4. *Cuidados e higiene de la voz.*

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARACTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ES REGULADO POR EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (art 4). RES 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005. EL MEDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y SOLO REMITIRA AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MEDICO. CONCEPTO EXPEDIDO ADHIRIENDO LOS CRITERIOS DEL DECRETO 636 DE 2020 ARTICULOS 3 Y 4. (EMERGENCIA SANITARIA SARS COV-2)

VER ANEXO VALORACION OSTEOMUSCULAR AL RESPALDO

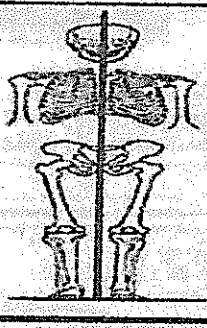
Dr. Roland Fernell Rojas G.
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Universidad Nacional
LIC. S.O. - 006290/96

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
ROLAND FERNELL ROJAS GONZALEZ

Angela Castillo

FIRMA DEL EMPLEADO
DOCUMENTO N° 52178539



Concepto articular	**Articulación a**	**ROM**	
	COLUMNA VERTEBRAL	FLEXIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
		EXTENSIÓN	VALORACION CERVICAL SIN ALTERACIONES/ DORSOLUMBAR Y SACRA SIN ALTERACIONES
	MIEMBROS SUPERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
	MIEMBROS INFERIORES	SIN ALTERACIONES FLEXION/EXTENSIÓN	
Desempeño muscular	**Fuerza (f) y retracción (R) muscular**	**GENERAL**	**CALIFICACIÓN FUNCIONAL**
			NORMAL
		**LATERAL**	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		FRONTAL	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
		POSTERIOR	PRUEBAS DENTRO DE PARAMETROS SIN LIMITACIONES ANGULARES, POSICION NI MOVIMIENTOS
Normal	Alcanza la amplitud total disponible de movimiento contra la gravedad y es capaz de mantener una resistencia máxima.		

Nombre: ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR **Consecutivo:** **1684**

Identificacion: 52.178.539

AGUDEZA VISUAL OD L 20/20 OI L 20/20 **47 años y 3 meses.**

C NORMAL C NORMAL

VALORACION TABLA DE SNELLEN *FILAS DE 1 AL 14* CORREGIDO

"USO PERMANENTE DE TAPABOCAS. " LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON A NECESIDAD O USO DE GEL ANTIBACTERIAL CONSTANTE. "DISTANCIAMIENTO SOCIAL Y EN LO POSIBLE TELETRABAJO "SI TIENE MALESTAR GENERAL,FIEBRE,DOLOR DE GARGANTA Y/O MOCO NASAL, INFORME AL PERSONAL DE SALUD OCUPACIONAL Y AUTO AISLAMIENTO PREVENTIVO.

Quien realiza recepción de datos DR. ROLAND ROJAS G.

ACTUALMENTE NO PRESENTA SIGNOS Y/O SINTOMAS CLINICOS DE ENFERMEDAD INFECTO-CONTAGIOSA RESPIRATORIA, QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD. SE RECOMIENDA CUMPLIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROGRAMAS OCUPACIONALES PARA EL CONTROL DE CONTAGIO SARS COV-2. TOMA Y REGISTRO PERIODICO DE SIGNOS (TEMPERATURA Y SPO2) Y SINTOMAS. AFEBRIL Y SPO2 MAYOR DE 90%.



ESCOLSALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL)

Con Autorización Oficial según Resolución No. 6181 del 1o. de Noviembre de 1.996 emanada de la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el presente

CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL A

Angela Stella Castillo Gantivar

C. C. 52178539 de Bogotá

COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una duración de 1.800 horas Teórico Prácticas

Director

Coordinación Académica

Anotado al Acta No. 020 **Folio No.** 04

Santafé de Bogotá, D.C. a 7 **de** Septiembre **de** 2002

ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACION EN CIENCIAS DE LA SALUD

" ESCOLSALUD "

Instituto de Educación no Formal

Aprobación oficial Res: 6181 del 01-11-96 Secretaria Educación D.C.

ACTA DE GRADO

N° : 020

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de Septiembre de 2002, se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSALUD", los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución y los Graduandos, con el fin de formalizar la entrega de los certificados de TÉCNICO LABORAL EN ENFERMERÍA al alumno cuyos nombres, apellidos y documento de identificación se relacionan a continuación:

ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR
C.C. : 52´178.539 de Bogotá

Por haber conduido y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa de "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.800 horas teórico - prácticas.

La presente acta, queda registrada en el libro N° VI Folio: 04 el correspondiente libro de actas respectivas.

En constancia se firma el presente por los que en ella intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado.

DIRECTOR
DIBECTOR
CARLOS GARZON BERNAL
Cc: 11´300.731 de Girardot

COORDINADORA ACADÉMICA
MARIA LUCY GAMBOA RINCON
cc: 51´830.448 de Bogotá

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



ANGELA STELLA
CASTILLO GANTIVAR
C.C. 52178539

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 24/12/2014

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

Scanned by CamScanner

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

RESOLUCION No. 25 2045 - DE 2007

(03 MAYO 2007)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional"

LA SECRETARIA DE SALUD

en uso de sus facultades legales conferidas por la Resoluciones Nos.0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que **EMALIS ISABEL GRANADOS BERDUGO,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **No. 57.418.187 CIENAGA- MAGDALENA,** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** que le otorga **LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U", SIBATE- CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA No. 006 TOMADA DEL ACTA ORIGINAL No. 006 DE FECHA 15 DE ABRIL DE 2005.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** conferido a **EMALIS ISABEL GRANADOS BERDUGO,** identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía **No.57.418.187 CIENAGA-MAGDALENA** que le otorga **LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U", SIBATE-CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA No. 006 TOMADA DEL ACTA ORIGINAL No. 006 DE FECHA 15 DE ABRIL DE 2005.**

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D. C., a los 03 MAYO 2007

NUVIA CASTAÑEDA GONZALEZ

Vo.Bo. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

Vo.Bo. ADRIANA MARCELA GAITAN RODRIGUEZ
Dirección Desarrollo de Servicios

CONSUELO G. DE LAZARO

DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Fotocopia se Expide a Costa del Interesado
Hasta 8 La Vista
FECHA 8 NOV. 2011

Resultado General 2024-01-16 4:34:59 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	52175539	ANGELA	STELLA	CASTILLO	CANTILLAR	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 109 y 111 del Decreto Ley 19de de 2010, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constato que el (la) señor(a) ANGELA STELLA CASTILLO CANTILLAR identificado(a) con CC 52175539 registra la siguiente información:

2024-01-16 4:34:59 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen - Certificación TTHHS	Profesión o Ocupación	Fecha Grado - Acta - Convalidación (Inicio)	Acta/Resolución	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2002-09-24	8660	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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 acreditaran 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).

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaría de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: Angela Stella castillo gantivar

C.C : 52178539 DE Bogota

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS DE AGENTES QUIMICOS

INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 15 DEL MES DE ENERO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: Angela Stella castillo gantivar

C.C : 52178539 DE Bogota

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 16 DEL MES DE ENERO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaría de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: Angela Stella castillo gantivar

C.C : 52178539 DE Bogota

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

GESTION DEL DUELO

INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 13 DEL MES DE ENERO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

angela stella castillo gantivar

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR.JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: enero 20, 2021

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaría de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: Angela Stella castillo gantivar

C.C: 52178539 DE Bogota

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

SOPORTE VITAL BASICO

INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 17 DEL MES DE ENERO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: Angela Stella castillo gantivar

C.C : 52178539 DE Bogota

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

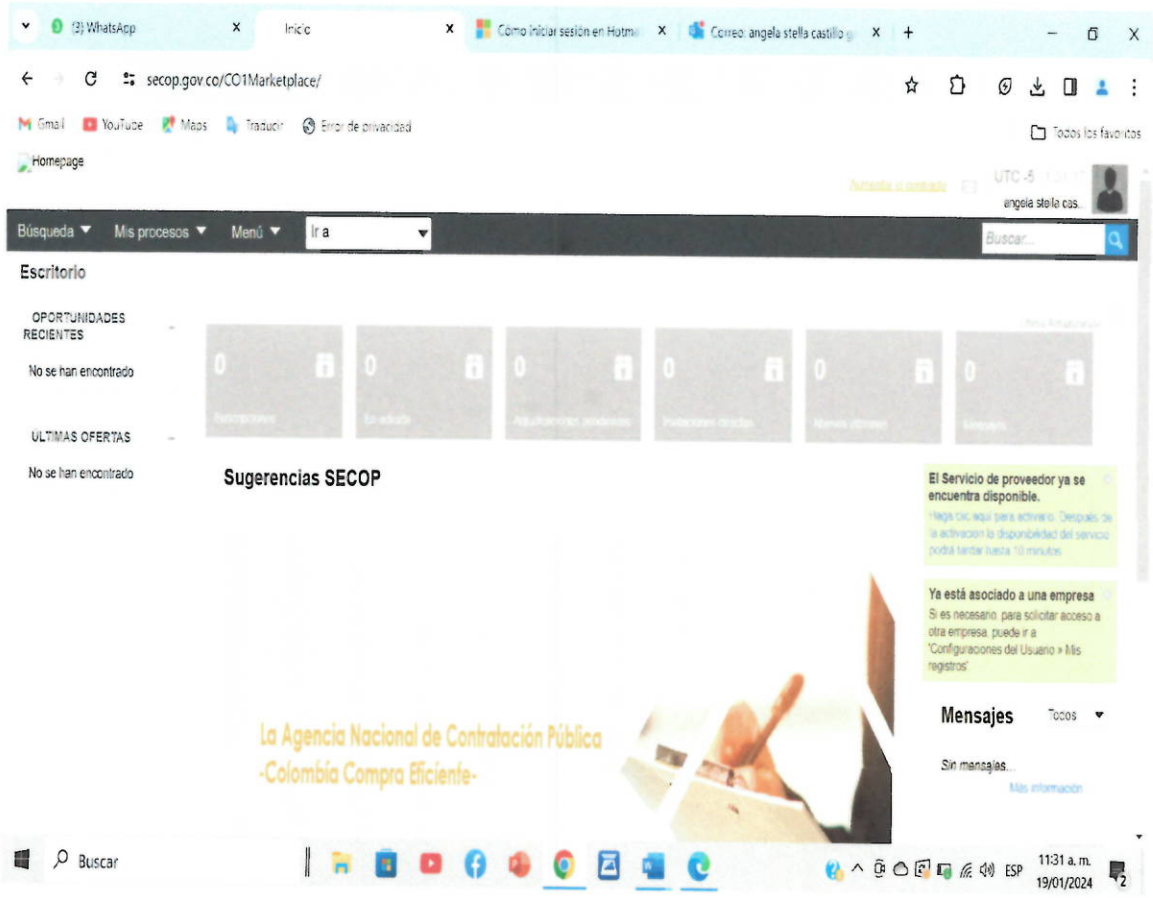
INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 13 DEL MES DE ENERO DEL 2024 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS


(2) WhatsApp
Inicio
Como iniciar sesión en Hotma
Correo: angela stella castillo
secop.gov.co/CO1Marketplace/
Gmail
YouTube
Maps
Traductor
Error de privacidad
Todos los favoritos
Homepage
angela stella cas.
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ULTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Sugerencias SECOP
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario > Mis registros'
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información
La Agencia Nacional de Contratación Pública
-Colombia Compra Eficiente-
Buscar
ESP
11:31 a. m.
19/01/2024

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR; con documento de identidad No, 52178539 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2013	1647	AUXILIAR DE ENFERMERIA	08/05/2013	30/09/2013	$1500000	USS PABLO VI BOSA -- BOSA
	2013	2693	AUXILIAR DE ENFERMERIA	09/10/2013	30/11/2013	$1500000	PABLO VI
3	2014	3295	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/10/2014	31/12/2014	$1500000	PABLO VI
4	2015	917	AUXILIAR DE ENFERMERIA	02/01/2015	31/12/2015	$1500000	PABLO VI
5	2020	4677	AUXILIAR DE ENFERMERIA	27/04/2020	27/08/2020	$1469772	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
6	2020	5979	AUXILIAR DE ENFERMERIA	03/09/2020	14/12/2020	$2197015	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
7	2020	6554	AUXILIAR DE ENFERMERIA	15/12/2020	31/01/2021	$1558122	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
8	2021	3785	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2021	28/02/2021	$2197015	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
9	2021	5049	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/03/2021	30/09/2021	$1612620	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
10	2021	7646	AUXILIAR DE ENFERMERIA	11/11/2021	31/03/2023	$1612620	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

LA OFICINA JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

O.J. 128-2020

LA OFICINA DE JURIDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL
MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

C E R T I F I C A

Que La Señora, **ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.178.539**, ha suscrito contrato de prestación de servicios con La ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA, de acuerdo a la siguiente Relación:

CONTRATO No.	FECHA	CONTRATISTA	OBJETO	VALOR	ADICION EN VALOR	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
1006	06/10/2016	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA PRIORIDAD PAI DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CONCURRENCIA ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	5.430.000,00		5.430.000,00	06/10/2016 HASTA 31/12/2016
180	01/01/2017	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	1.300.000,00		1.300.000,00	01/01/2017 HASTA 31/01/2017
498	01/02/2017	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	7.800.000,00		7.800.000,00	01/02/2017 HASTA 31/07/2017
682	01/08/2017	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	5.200.000,00	650.000,00	5.850.000,00	01/08/2017 HASTA 15/12/2017
446	16/01/2018	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACION SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL LA SUBGERENCIA COMUNITARIA LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS SOACHA	1.950.000,00		1.950.000,00	16/01/2018 HASTA 28/02/2018
659	01/03/2018	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACION DE SERVICIOS COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	2.600.000,00		2.600.000,00	01/03/2018 HASTA 30/04/2018
1140	02/05/2018	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO VACUNADORA EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	7.800.000,00	2.166.667,00	9.966.667,00	02/05/2018 HASTA 20/12/2018
1452	03/08/2018	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI ATRAVES DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 348 ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA.	1.810.000,00		1.810.000,00	03/08/2018 HASTA 31/08/2018
278	02/01/2019	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PAI EN REALIZACION DE ACTIVIDADES DE VACUNACION EXTRAMURAL DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	7.800.000,00	4.679.999,00	12.479.999,00	02/01/2019 HASTA 31/10/2019
584	09/05/2019	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO ENCUESTADOR APOYANDO A "REALIZAR LA EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA VIGENCIA 2019, A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 467 ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA.	4.000.000,00		4.000.000,00	09/05/2019 HASTA 08/07/2019
737	06/08/2019	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.383.333,00	3.900.000,00	4.983.333,00	06/08/2019 HASTA 31/12/2019
353	02/01/2020	ANGELA STELLA CASTILLO GANTIVAR	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	2.600.000,00		2.600.000,00	02/01/2020 HASTA 29/02/2020

Los contratos suscritos se han ejecutado, con total autonomía y con solución de continuidad.

Se expide a solicitud del interesado, a los Seis (06) días del mes de Marzo de 2020.

MIGUEL ÁNGEL LIÑEIRO COLMENARES
Asesor Jurídico
E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas

Proyecto: Leticia Vanegas García