



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTILLO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SALAZAR		NOMBRES CLAUDIA CONSTANZA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52 125 168			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIANA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 03 MES 02 AÑO 1974 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTA MUNICIPIO CUNDINAMARCA			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 22 # 58 26 SUR CASA 100 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTA MUNICIPIO BOGOTA TELÉFONO 3108036003 EMAIL		

## 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						BACHILLER	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11X	MES	AÑO
											12	1992

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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	
TC	4	X		AUXILIAR CONTABLE	09	1997	

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 1993)

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD MENDOZA Y TELLO CIRUJANOS PLASTICOS	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD SECRETARIAMENDOZATELLO@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 315 371 47 05	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO	DIRECCIÓN CALLE 119 # 7 - 14 CONSULTORIO 620	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SUR RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO BOGOTA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD REFERENTE.CIRUGIA@SUBREDSUR.GOV.CO	
TELÉFONOS 601 7300000 EX 26017	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1997"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="15"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO TECNICO ADMINISTRATIVO 1	DEPENDENCIA PROGRAMACION DE CIRUGIA	DIRECCIÓN CRA 24 C 53 47 SUR	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

**FORMATO ÚNICO**  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**4 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	26	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>26</b>	<b>4</b>

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

Bogotá 20 ENERO 2025


*YANIRA EL CASTILLO S*  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Bogotá DC 26/02/25.  
Ciudad y fecha

*SE Arduaga Mario*  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL</b>	<b>CO-OPS-FT-22 VI</b>

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el (la) señor(a) CASTILLO SALAZAR CLAUDIA CONSTANZA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52,125,168 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1830 de 2019
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$23,380,620
FECHA DE INICIO	01-02-2019
FECHA DE TERMINACIÓN	31-01-2020
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADANO APLICA	
PERFIL	TÉCNICO ADMINISTRATIVO

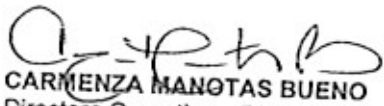
**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

1. Entrega resumen de historia clínica los usuarios que la soliciten. 2. Consolidado Diario del servicio de nutrición. 3. Realizar informe mensual de oportunidad consulta externa., 4. Responder SIAU diarios de la Subred., . consolidado Resolución 4505. 5. Alimentar base de datos mensual de personal de contrato para costos. 6. Asignación de citas de rehabilitación,. Asignación de citas medicas de tuteladas para la oficina de Sub científica. 7. Realizar los informes solicitado segun necesidad. 8. Acatar las politicas de atención humanizada y eficacia en el desarrollo de las actividades del area de desempeño. 9. Responder y cuidar los elementos entregados y equipos para el desarrollo del servicio y su prestación. 10. Las demás asignadas por el jefe inmediato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los seis(6) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

  
**CARMENZA MANOTAS BUENO**  
 Directora Operativa – Dirección de Contratación  
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

*Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico certificaciones.ops@subredsur.gov.co*

Código de verificación: s7s99gkzpj


**PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN:** <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL</b>	<b>CO-OPS-FT-22 V1</b>

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CASTILLO SALAZAR CLAUDIA CONSTANZA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 52,125,168 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3297 de 2020
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$24,268,664
FECHA DE INICIO	01/02/2020
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2021
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADANO APLICA	
PERFIL	TECNICO ADMINISTRATIVO

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

1. Revisar a diario las interconsultas pendientes y gestionar el desplazamiento de los especialistas. 2. Apoyar el proceso de interconsultas especialidades, terapia, nutrición. 3. Radicar cuentas del personal del servicio. 4. Apoyar los procesos administrativos de la Dirección de servicios Hospitalarios. 5. Elaboración de agendas mensuales de especialistas. 6. Elaboración de informes mensuales del servicio quirúrgico. 7. Las demás asignadas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los seis(6) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

  
**CARMENZA MANOTAS BUENO**  
 Directora Operativa – Dirección de Contratación  
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

*Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico [certificaciones.ops@subredsur.gov.co](mailto:certificaciones.ops@subredsur.gov.co)*

Código de verificación: *s7s99gkzpj*

**PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN:** <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E****CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL**

CO-OPS-FT-22 VI

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN****CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CASTILLO SALAZAR CLAUDIA COSTANZA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 52,125,168 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3044 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$24,270,000
FECHA DE INICIO	01/02/2021
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2022
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	TECNICO ADMINISTRATIVO I

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

1. Prestar servicios de apoyo en procesos administrativos, logísticos y operativos del Área. 2. Diligenciar la documentación propia del área. 3. Elaborar y entregar los informes solicitados, realizando su respectivo seguimiento. 4. Mantener la reserva y confidencialidad de la información. 5. Consolidar las bases de datos de información de acuerdo a pertinencia. 6. Garantizar la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos en cada uno de los procesos de la institución.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los seis(6) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

**CARMENZA MANOTAS BUENO**  
Directora Operativa – Dirección de Contratación  
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

*Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico [certificaciones.ops@subredsur.gov.co](mailto:certificaciones.ops@subredsur.gov.co)*

*Código de verificación: s7s99gkzpj*


**PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN:** <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

*Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611*

*www.subredsur.gov.co*

*Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017*

*© Siasur - 2020*

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL</b>	<b>CO-OPS-FT-22 VI</b>

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CASTILLO SALAZAR CLAUDIA COSTANZA ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 52,125,168 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2523 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$24,996,000
FECHA DE INICIO	02/02/2022
FECHA DE TERMINACIÓN	31/01/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	TECNICO ADMINISTRATIVO I

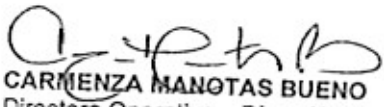
**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

1. Prestar servicios de apoyo en procesos administrativos, logísticos y operativos del área. 2. Diligenciar la documentación propia del área. Mantener la reserva y confidencialidad de la información. 3. Elaborar y entregar los informes solicitados realizando su respectivo seguimiento. 4. Realizar apoyo en la radicación de cuentas del personal del servicio. 5. Apoyar el proceso de elaboración de programación de turnos y actividades. 6. Reportar de manera oportuna las necesidades de tipo administrativo. 7. Garantizar la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos en cada uno de los procesos de la institución. 8. Apoyar en la administración de las agendas según direccionamiento institucional. 9. Apoyo en la gestión de la lista de lista de espera generada de los requerimientos de los usuarios. 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los seis(6) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

  
**CARMENZA MANOTAS BUENO**  
 Directora Operativa – Dirección de Contratación  
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

*Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico [certificaciones.ops@subredsur.gov.co](mailto:certificaciones.ops@subredsur.gov.co)*

Código de verificación: *s7s99gkzpj*

**PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN:** <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24e No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL</b>	<b>CO-OPS-FT-22 VI</b>

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el (la) señor(a) CASTILLO SALAZAR CLAUDIA COSTANZA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 52,125,168 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2649 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$19,684,800
FECHA DE INICIO	01/02/2023
FECHA DE TERMINACIÓN	30/11/2023
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO APLICA
PERFIL	TECNICO ADMINISTRATIVO I

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES:**

1. Prestar servicios de apoyo en procesos administrativos, logísticos y operativos del área. 2. Diligenciar la documentación propia del área. Mantener la reserva y confidencialidad de la información. 3. Elaborar y entregar los informes solicitados realizando su respectivo seguimiento. 4. Realizar apoyo en la radicación de cuentas del personal del servicio. 5. Apoyar el proceso de elaboración de programación de turnos y actividades. 6. Reportar de manera oportuna las necesidades de tipo administrativo. 7. Garantizar la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos en cada uno de los procesos de la institución. 8. Apoyar en la administración de las agendas según direccionamiento institucional. 9. Apoyo en la gestión de la lista de lista de espera generada de los requerimientos de los usuarios. 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los seis(6) días del mes de Diciembre de 2023.

Cordialmente,

  
**CARMENZA MANOTAS BUENO**  
 Directora Operativa – Dirección de Contratación  
 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

*Si la información registrada presenta inconsistencias favor notificarlo al correo electrónico [certificaciones.ops@subredsur.gov.co](mailto:certificaciones.ops@subredsur.gov.co)*

Código de verificación: *s7s99gkzpj*

**PARA EFECTOS DE VALIDACION DEL PRESENTE DOCUMENTO, CONSULTAR EN:** <http://siasur.subredsur.gov.co/validar-certificacion>

Carrera 24c No. 53 - 47 Sur --- Código postal: 110611

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono institucional (601)7300000 ext 26017

© Siasur - 2020

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CLAUDIA	CONSTANZA	CASTILLO	SALAZAR

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$14.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
<b>TOTAL</b>	<b>\$14.000.000,00</b>

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$3.900.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	\$26.500.000,00
INMUEBLE	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	\$120.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO DE CONSUMO	\$5.000.000,00
CREDITO DE CONSUMO	\$7.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

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

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

### 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

#### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

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

#### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí

No

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

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí       No

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

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:57:14 horas del 20/01/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52125168**, Apellidos y Nombres **CASTILLO SALAZAR CLAUDIA CONSTANZA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Armada Nacional de Colombia**, con NIT **800141644-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

🕒 Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm  
📍 Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
☎ Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)  
✉ Correo: [dijin.arac-acc@policia.gov.co](mailto:dijin.arac-acc@policia.gov.co)  
🌐 Web: [www.policia.gov.co/dijin](http://www.policia.gov.co/dijin)  
📷 Instagram: [/dijinpolicia](https://www.instagram.com/dijinpolicia)  
🐦 Twitter: [@DIJINPolicia](https://twitter.com/DIJINPolicia)



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional

Colombia.com era eficiencia

GOV.CO



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

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

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:44:03 PM horas del 14/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52125168

Apellidos y Nombres: **CASTILLO SALAZAR CLAUDIA CONSTANZA**

#### **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.



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: [djin.arai-etc@policia.gov.co](mailto:djin.arai-etc@policia.gov.co)



## 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, 14/01/2025 03:46:36 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52125168**.

### 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. **108190094**. 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 Búsqueda

Imprimir



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



GOV.CO

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 261708144



PIB  
07:43:55  
Hoja 1 de 01

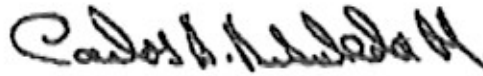
Bogotá DC, 15 de enero del 2025

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) CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52125168:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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.**

División de Relacionamiento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co  
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.  
[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



Presidencia de la Republica



Ministerio de Defensa Nacional



Policia Nacional de Colombia  
Portal Unico de Contratación

Todos los derechos reservados



GOV.CO

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 14 de enero de 2025, a las 15:52:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52125168
Código de Verificación	52125168250114155222

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



La República de Colombia  
y en su nombre

El Instituto Nacional de Educación  
Media Diversificada "I N C M"

Santiago Pérez

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,  
Según Resolución No. 3190 del 9 de Abril de 1984

Confiere a:

**CASTILLO SALAZAR CLAUDIA CONSTANZA**

Identificado (a) con C. C. No. 52.125.168 De Bogotá

el Título de:

**BACHILLER COMERCIAL**

**Modalidad: Contabilidad**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de  
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretario



Dado en S/Bogotá a 22 de OCTUBRE de 1974

Anotado al folio 090 Libro de Registro No. 01-291097





REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

**CERTIFICA:**

**La Aptitud Profesional de:**

**CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR**

C.C. No. 52.125.168 DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D. C.

Como:

**AUXILIAR DE CONTABILIDAD**

*Alfredo Polina*  
FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

*[Firma]*  
REGISTRO Y CERTIFICACION

*[Firma]*  
ATENCIÓN A SANTAFÉ DE BOGOTÁ

CENTRO DE FORMACION

SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D. C.  
30 de Septiembre de 1997

CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

99.2188 - 13 de Septiembre de 1999  
NUMERO DE REGISTRO Y FECHA DE EXPEDICION

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.125.168

CASTILLO SALAZAR  
APELLIDOS

CLAUDIA CONSTANZA  
NOMBRES

*Claudia C. Castillo S.*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-1974  
BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62      O+      F  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

01-FEB-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Albarratín Rengifo López*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALBARRATIN RENGIFO LOPEZ



A-1500106-45153093-F-0052125168-20081208

0638806339C 02 214388285

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

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) **CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR** identificado(a) con Cedula Ciudadania 52125168, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250120	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Enero de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
27624985

CER-AFI


 SUPERINTENDENCIA DE SALUD  
 INSTITUCIÓN DE ENLACE Y COORDINACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52125168**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2019** 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 2025.




Rosa Mercedes Nino Amaya  
Dirección de Afiliaciones

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



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	05- MARZO 2021	Pfizer	ENI 090	UMHES TONAL	Dania Cuervo	1022955913
	2	05- MARZO 2021	Pfizer	ENI 092	UMHES TONAL	MARLY LOZO	52290175
	2	25 NOV 2021	Moderna	21-11-21	SUBRED SUR		


 The City of Guayaquil  
 CC. 1013599525  
 Auxiliar de enfermería

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Polio - Rubecola	Única			
Polio Amarilla	Única			
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	1			
	2			
	3			
	4			
Antirrábica				
Influenza estacional	Anual	29/12/21	USO 321606	SUBRED SUR SANCARLOS
Otras				

# MiVacuna

Covid-19

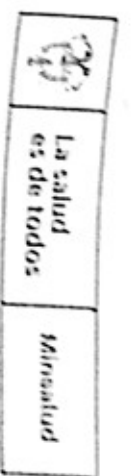
www.minsalud.gov.co

Este carné es válido en Colombia.  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

**La salud es de todos**



MiVacuna

### Certificado de vacunación

Nombre:

Claudia Constanza

Apellidos:

Castillo Salazar

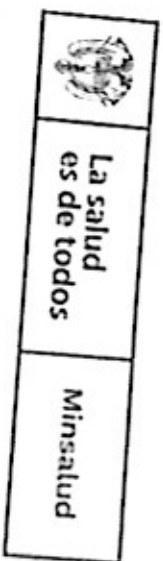
Documento de identidad:

C.C. X 11. Pasaporte PEP otro \*cabe

No. 52125168

Fecha de nacimiento:

Día 03 Mes 02 Año 1974



### Certificado de vacunación del adulto

Nombre:

Claudia

Apellidos:

Castillo

Documento de identidad:

C.C. V 11. Pasaporte

No. 52125168

Fecha de nacimiento:

Día 03 Mes 02 Año 1974

**CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO****SEDE:** CENDIATRA SUR 1**DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ**TELÉFONO:** 2039694**EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com**FECHA EXAMEN:** 2024-04-17**Nombres y apellidos:** CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR  
**Fecha de nacimiento:** 03/02/1974  
**Empresa:** PARTICULAR  
**Empresa usuaria:**  
**Cargo:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO 2**CC:** 52125168  
**Edad:** 50 **Sexo:** FEMENINO  
**Fecha ingreso:** 2024-04-17 / 08:42:23  
**Fecha salida:** 2024-04-17 / 08:54:39**EXÁMENES REALIZADOS**

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

• ENFASIS OSTEOMUSCULAR

**CONCEPTO DE APTITUD:**

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

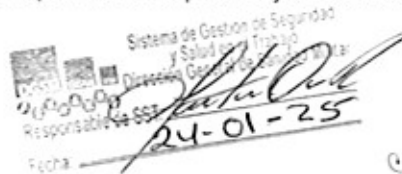
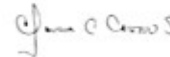
:

**RECOMENDACIONES:**

OTRAS::

CONTINUAR CON MEDICACION INSTAURADA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

  
Ella: Julie Pauline Zapata V.  
Creada en A.G.  
Inscripción del Documento  
Nº: 571828**JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ**  
RM: 52814156  
Firma y sello del médico  
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo  
Dirección General de Asesoría Técnica  
Responsable de SSGT  
Fecha: 24-01-25**CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR**  
CC: 52125168  
Firma del paciente**Sedes Bogotá**Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83  
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -  
Zona Franca Fontibón**Sedes Nacionales**Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali  
Exito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena -  
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -  
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -  
Villavicencio



## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA SUR 1

DIRECCIÓN: Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694

EMAIL: citas.sur@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2024-04-17

Nombres y apellidos: CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR

CC: 52125168

Fecha de nacimiento: 03/02/1974

Edad: 50 Sexo: FEMENINO

Empresa: PARTICULAR

Fecha ingreso: 2024-04-17 / 08:42:23

Empresa usuaria:

Fecha salida: 2024-04-17 / 08:54:39

Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO 2



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

### Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

- OTRAS:: CONTINUAR CON MEDICACION INSTAURADA

Dr. Julie Pauline Zapata V.  
Quinta de A.S.  
Universidad del Rosario  
No. 5212516

JULIE PAULINE ZAPATA VASQUEZ  
RM: 52814156  
Firma y sello del médico

CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO  
SALAZAR  
CC: 52125168  
Firma del paciente

Gloria Osorio Rodriguez  
Profesional en Salud Ocupacional  
Exp. Epidemiología General  
Firma responsable del SG-SST de la empresa  
No. 146162016

### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Norte 106 - Norte 83  
- Norte 86 - Occidente 1 - Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 -  
Zona Franca Fontibón

### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bello - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali  
Éxito San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena -  
Ibagué - Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra -  
Medellín La América - Montería - Pereira - Santa Marta -  
Villavicencio



### VISIOMETRIA

SEDE: CENDIATRA SUR 1

DIRECCIÓN: Autopista Sur # 328-42 Sur, Villa Mayor

CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694

EMAIL: citas.sur@cendiatra.com

FECHA EXAMEN: 2025-01-24

CC: 52125168

Nombres y apellidos: CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO

SALAZAR

Fecha de nacimiento: 03/02/1974

Edad: 51 Sexo: FEMENINO RH: O +

Teléfonos:

Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR

Empresa usuaria:

Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Fecha ingreso: 24/01/2025

Fecha salida: 24/01/2025

Teléfono acompañante:



#### ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

#### ANTECEDENTES

NO USA GAFAS

#### AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:

OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO:

ESTENOPEICO:

#### AGUDEZA VISUAL LEJANA

20/30

SC

20/40

SC

20/40

SC

OD 20/20 OI 20/20

#### AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:

OJO DERECHO VISUAL CERCANA:

OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:

#### AGUDEZA VISUAL CERCANA

1.75 MTS.

SC

1.75 MTS.

SC

1.75 MTS.

SC

#### ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:

COVER TEST VP:

OBSERVACIÓN:

#### ESTADO MOTOR

#### VISIÓN CROMÁTICA

VISIÓN CROMÁTICA:

#### ESTEREOPSIS

ESTEREOPSIS SEG:

#### CAMPIMETRIA

CAMPIMETRIA:

#### TEST COMPLEMENTARIOS

NORMAL

50

NORMAL

#### DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:

#### DIAGNÓSTICOS

EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN

#### Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 86 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

#### Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cali - Cali Éxito -  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versalles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

PRESBICIA

RECOMENDACIONES  
RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES Y EVOLUCIÓN

REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL

EVOLUCIÓN  
EVOLUCIÓN:

*DM*  
Diana Moreno Ballesteros  
Especialista en Oftalmología

**DIANA MORENO BALLESTEROS**  
RM: 7818  
Firma y sello del médico

*CC*

**CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR**  
CC: 52125168  
Firma del paciente

SECRETARÍA DE SALUD  
24-01-25

Sedes Bogotá

Principal - Centro - Connecta 26 - Connecta 26 VIP -  
Norte 106 - Norte 83 - Norte 85 - Occidente 1 -  
Occidente 2 - Sur 1 - Sur 2 - Zona Franca - Fontibón

Sedes Nacionales

Barranquilla - Bucaramanga - Buenaventura - Cajicá - Cali Éxito -  
San Fernando - Cali La Flora - Cali Versailles - Cartagena - Ibagué -  
Manizales - Medellín Aguacatala - Medellín Alpujarra - Medellín  
Bello - Montería - Pereira - Santa Marta - Villavicencio

Código: Versión: Fecha:

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

141022191121



(415)7707212489984(8020) 0000141022191121

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 1 2 5 1 6 8

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 2 1 2 5 1 6 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CASTILLO

32. Segundo apellido

SALAZAR

33. Primer nombre

CLAUDIA

34. Otros nombres

CONSTANZA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 22 58 26 SUR CA 100 LT 3 BRR EL CHIRCAL SUR

42. Correo electrónico

constanza.cas.salazar@gmail.com

43. Código postal

1 1 1 9 6 1

44. Teléfono 1

3 1 0 8 0 3 6 0 0 3

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

45. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

1 9 9 8, 1 0 0 1

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

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

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1525 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASTILLO SALAZAR CLAUDIA CONSTANZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**19/01/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR** con Cédula de Ciudadanía número **52125168**

Posee en el banco Davivienda:

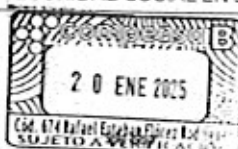
### **CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO**

Número	<b>0570004870304302</b>
Fecha de apertura	<b>03/09/2009</b>

Cordialmente,

**BANCO DAVIVIENDA**

No. de Radicación: 70012025 Fecha de Radicación: 20012025



**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Individual <input type="checkbox"/>	B. Colectiva <input type="checkbox"/>	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código de registro por la EPS
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	A. Cotizante o cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	C. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Prejubilado <input type="checkbox"/>	59

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

8. Apellidos y nombres		9. Tipo de documento de identidad		10. Número de documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación		13. Nacionalidad		14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento	
Castillo Salazar		CC		52.125.168		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otr <input type="checkbox"/> Cui? <input type="checkbox"/>		Colombiana		Cundinamarca Bogotá		03/02/1974	

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS** (Datos personales)

16. Etnia		17. Conectividad		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SGBEN		20. Clasificación SGBEN		21. Grupo de población especial		22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	
				Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Nivel <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>				COP 22 # 08 - 26 casa 100	
23. Administrador de Personas		24. Ingreso base de cotización - IB		25. Tarifa Contribución Solidaria		26. Residencia		27. Teléfono fijo		28. Correo electrónico		29. Municipio	
Compensaciones		1.423.500				Calle 22 # 08 - 26 casa 100		310 8036003		constanza.cas.salazar@gmail.com		Cundinamarca Bogotá	
30. Zona		31. Tipo de zona		32. Tipo de zona		33. Tipo de zona		34. Tipo de zona		35. Tipo de zona		36. Tipo de zona	
Municipal <input checked="" type="checkbox"/>		Centro Poblado <input type="checkbox"/>		Rural disperso <input type="checkbox"/>		Rural Rural <input type="checkbox"/>							

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR** (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres		28. Tipo de documento de identidad		29. Número de documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación		32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento	
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otr <input type="checkbox"/> Cui? <input type="checkbox"/>						D D M M A A A A	

**Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales**

35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad		37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento											
	Primero	Segundo			Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otr	Cui?	País	Departamento	Municipio	D	D	M	M	A	A	A	A
B1																							
B2																							
B3																							
B4																							
B5																							

**Datos complementarios del beneficiario**

43. Parentesco	44. Etnia	45. Conectividad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SGBEN		48. Clasificación SGBEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
				Sí	NO	Nivel	Grupo	Sí	NO	Categoría de discapacidad	Sí
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

**51. Datos de residencia**

Departamento	Municipio/ Distrito	Cabeceza Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS
B2							
B3							
B4							
B5							

Dirección

Localidad/Comuna

Correo Electrónico

B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

53 Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54 Código de la IPS a registrar por la EPS
C		1059
51		
52		
53	10010015	
54		
55		

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

55 Nombre e identificación social	56 Tipo de documento de identificación	57 Número del documento de identificación	58 Tipo de aportante o pagador de pensiones a registrar por la EPS
59 Ubicación	Dirección	Teléfono fijo/Celular	Código postal

B. REPORTE DE NOVEDADES

60 Tipo de Novedad	61 Tipo de Novedad	62 Tipo de Novedad
<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ] <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código [ ] <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad. <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado	<input type="checkbox"/> 15. Traslado. <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. <input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Plan de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61 Datos básicos de identificación	62 Sexo biológico	63 Sexo identificación
Primer Apellido [ ] Segundo Apellido [ ] Primer Nombre [ ] Segundo Nombre [ ]	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Dual?
64 Fecha de nacimiento	65 EPS anterior	66 Fecha de edad
DDMMMAAAA		DDMMMAAAA
67 Motivo de traslado	68 Caso de Compensación Familiar e Pagador de Pensiones	
Cod [ ]		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

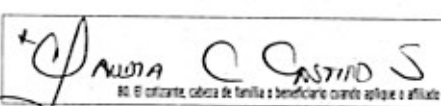
<input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres	Primer Apellido [ ] Segundo Apellido [ ]	Primer Nombre [ ] Segundo Nombre [ ]
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	
[ ]	[ ]	

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexo: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la póliza de vida, o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. <input type="checkbox"/> 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 790 de 2016. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	Total Anexos [ ]

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

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

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

94. Apellidos y nombres	Primer Apellido [ ] Segundo Apellido [ ]	Primer Nombre [ ] Segundo Nombre [ ]
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario
[ ]	[ ]	

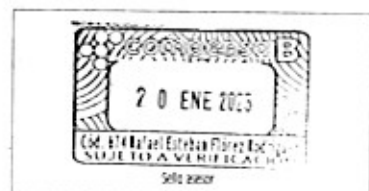
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
26/01/2015	DDMMMAAAA

DESIGNACIONES: Opurtha C. Castiños - Pagina 01/2015

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



	<b>ARMADA NACIONAL</b>	
	<b>DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL</b>	
	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>	
	<b>COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN</b>	
	<b>Version: 1.0</b>	<b>Fecha: 20/02/2015</b>

El(los) suscrito(s) a saber Claudia Constanza Castillo Salazar, domiciliado en Bogotá, identificado(s) con CC 52.125.168 de Bogotá respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL X o JURIDICA \_\_\_\_\_ (marque con X), que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

**PRIMERO:** Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto) PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL EN EL APOYO DE LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE LA DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

**SEGUNDO:** Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

**TERCERO:** Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se registrá por las siguientes cláusulas:

**CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.**

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

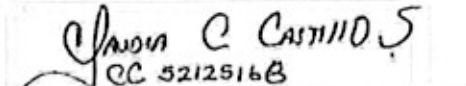
1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscare financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

#### CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá a los 26 días del mes febrero de 2025

  
CC 52125168

---

Claudia Constanza Castillo Salazar  
C.C. .51.125.168



ARMADA NACIONAL  
DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL

GESTIÓN CONTRACTUAL

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Versión: 1.0

Fecha: 01/01/2013

YO Claudia Constanza Castillo Salazar identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.125.168, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**, por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:


- a) Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
- b) Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.
- c) No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**.

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)**; adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

C.C. 52.125.168.

CONTRATISTA

	<b>ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>		
	<b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		
	<b>SOLICITUD DE OFERTA</b>		
	<b>Versión: 2.0</b>	<b>Fecha: 18/03/2022</b>	<b>Página 1 de 2</b>

**FORMULARIO "A"**

Bogotá, 28 de febrero de 2025

Señores

**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES  
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR  
DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL**  
Ciudad

Estimados Señores:

De acuerdo con las condiciones que se estipulan en la presente Solicitud de Oferta, presento la siguiente oferta de acuerdo con las especificaciones técnicas descritas en la misma, para desarrollar el siguiente:

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA LA DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL EN EL APOYO A LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA LABORAL CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

**PLAZO:** DESDE EL 28 DE FEBRERO HASTA EL 29 DE JUNIO DE 2025.

**VALOR PROPUESTA ECONÓMICA:** SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 7.600.000 M/CTE). FORMA DE PAGO: SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$ 7.600.000 M/CTE) EN PAGOS MENSUALES, DE LA SIGUIENTE MANERA:


- Un primer pago por un (01) día del mes de febrero por un valor de SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS M/CTE (\$63.333,33 M/CTE).
- Tres (03) mensualidades por los meses de marzo, abril y mayo por un valor de UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.900.000,00) cada uno, INCLUIDO IVA Y DEMÁS EROGACIONES.
- Y un último pago por veintinueve (29) días del mes de junio por un valor de UN MILLÓN OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE (\$1.836.666,67 M/CTE).

LOS CUALES SE REALIZARÁN DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO O SUMINISTRO OBJETO DEL CONTRATO, PREVIA PRESENTACIÓN DE LA FACTURA, ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, CUMPLIMIENTO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS A QUE HAYA LUGAR, EXPEDICIÓN DE LA OBLIGACIÓN, ORDEN DE PAGO DEL SIIF Y UNA VEZ SE ENCUENTRE APROBADO EL PROGRAMADO ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA "PAC".

En mi calidad de proponente declaro:

- a. Que conozco el contenido de la **solicitud de oferta**, que he estudiado cuidadosamente los documentos del mismo, incluido sus adendas y aclaraciones, acogiéndome y aceptando las condiciones plasmadas en él, no existiendo en nuestra parte observación alguna.

**\*2022031895120\*** REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN

	<b>ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL</b>		
	<b>PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL</b>		
	<b>SOLICITUD DE OFERTA</b>		
	<b>Versión: 2.0</b>	<b>Fecha: 18/03/2022</b>	<b>Página 2 de 2</b>

- b. Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información presentada en mi propuesta, es veraz y susceptible de comprobación.
- c. Con la firma de la presente carta, manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Constitución, Ley 80 de 1993, y demás normas que la adicionen o complementen.
- d. Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrar en caso de adjudicación, solo me comprometen como persona natural.
- e. En la eventualidad que me sea adjudicado el presente proceso, me comprometo a suscribir el correspondiente contrato, dentro del plazo fijado por la DIRECCIÓN DE SANIDAD ARMADA NACIONAL.
- f. Ofrezco mis servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO teniendo en cuenta que cumplo con los estudios y experiencia requerida para este proceso.

Atentamente,

*Claudia C. Castillo S*  
CC 52125168

**NOMBRE-CLAUDIA CONSTANZA CASTILLO SALAZAR**  
CC No 52125168 de Bogotá  
Dirección Carrera 22 No 58 26 sur casa 100  
Celular: 3108036003  
Email : constanza.cas.salazar@gmail.com