EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	03
		VIGENCIA	13/03/2025

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: DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA

CARGO: REFERENTE DE FACTURACION

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

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

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 29 de abril de 2025

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**

Cargo: **REFERENTE DE FACTURACIÓN**

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,

DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
CC: 1.013.582.373
Carrera 73 # 39-64 sur Apto 221 Int. 11
Nani.castro24@@gmail.com
Cel.3005474636



DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLLA

ABOGADA ESPECIALIZADA

CONTACTO

3005474636

Nani.castro24@gmail.com

Bogotá – Colombia

Carrera 73 No 39-64 sur apto 221 Interior 11

PERFIL

Experiencia en áreas financieras de la salud en Procesos de facturación, radicación de cuentas, glosas y devoluciones en IPS y EPS, manejo de paquete office Dinámica gerencial, Hipócrates, Hosvital, Oracle. Recaudo de tesorería, manejo de informes. Conocimiento de y manejo de diferentes modalidades de contratos. Conocimiento en normatividad, manuales tarifarios, admisiones y autorizaciones. Experiencia en auditoria concurrente y retrospectiva en cuentas médicas, así como respuesta de PQR y análisis de tutelas.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

RGC ACTIVA S.A.S.

Cargo: Profesional Juridico

Bogotá

Julio 2024 – Abril 2025

1. Apoyo jurídico Unidad de negocio Seguros Comerciales Bolívar S.A.
2. Contestación de acciones de tutela, derecho de petición, medidas provisionales, fallos de cumplimiento, fallos de cumplimiento, quejas entes de control.
3. Auditoria de reclamaciones por incapacidad permanente y muerte.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Cargo: Profesional I – Referente Facturación hospitalización

Bogotá

Octubre 2023 – julio 2024

Actividades:

1. Elaborar la programación de actividades de los facturadores y analistas en los diferentes centros de atención.
2. Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores y analistas en cada servicio.
3. Apoyar al facturador y analista para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro de los procedimientos y cargos realizados al paciente, así como la generación oportuna de las facturas y registros de servicios.
4. Realizar seguimiento a ingresos bloqueados, anulados y sin facturar.
5. Revisar y autorizar la anulación de facturas, notas crédito, notas débito, verificando consistencia y soportes.
6. Realizar seguimiento a las facturas anuladas garantizando que sean reemplazadas inmediatamente.

AAA CPT CONSULTORES S.A.S.

Cargo: Líder Facturación SOAT.

Bogotá

Enero 2023 – mayo 2023

Actividades:

1. Realización de informes de gestión de cartera y facturación.
2. Conciliación con Aseguradoras saldos de cartera, glosa.
3. Análisis de glosa para conciliación prejudicial o judicial.
4. Realización de capacitaciones SOAT y ECAT.

TEMPORAL SOLUCIONES INMEDIATAS – FAMISANAR

Cargo: Analista de conciliaciones.

Bogotá

Septiembre 2021 – diciembre 2022

DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLLA
ABOGADA ESP.

HABILIDADES

- Trabajo en equipo
- Manejo de normatividad en salud
- Análisis y Conceptualización jurídica
- Comunicación asertiva
- Adaptación al cambio
- Autoaprendizaje

Actividades:

1. Análisis y auditoria de glosa de las IPS asignadas
2. Conciliación con IPS (directa o escrita) PBS – NO PBS
3. Tipificación de glosa
4. Cargue de facturas, generación de Notas Internas y Órdenes de Pago.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

Cargo: Técnico Administrativo

Bogotá

Enero 2013 – septiembre 2021

Actividades:

1. Análisis y auditoría de cuentas médicas en los Niveles de complejidad III, II, I de régimen subsidiado, contributivo, Soat y regímenes especiales y excepcionales.
2. Radicación de cuentas médicas.
3. Conocimiento en contestación de glosas devoluciones en los términos correspondientes a la normatividad vigente.
4. Facturación de servicios de salud.
5. Trámite de autorizaciones

UNVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Cargo: Revisor cuentas médicas

Bogotá

Agosto 2011 – noviembre 2012

Actividades:

1. Conciliación de glosas y auditoria retrospectiva de cuentas de vinculados; desplazados y escolares a cargo del Fondo Financiero Distrital asignada para las E.S.E LA VICTORIA; E.S.E SANTA CLARA entre otros.
2. Apoyo a la auditoria concurrente realizada con Medico, odontólogo y enfermería como parte del proceso integral de análisis de Historia Clínica
3. Realización de informes y actas de cierre de glosas para reporte de pago.

VCO CONSULTORES Y OUTSOURCING

Cargo: Analista de cuentas medicas

Bogotá

Noviembre 2009 – junio 2011

1. Auditoria retrospectiva de cuentas de vinculados; desplazados y escolares a cargo del Fondo Financiero Distrital.
2. Apoyo a la auditoria concurrente realizada con Medico, odontólogo y enfermería como parte del proceso integral de análisis de Historia Clínica y cuyo proceso final la facturación y cobro de servicios prestados.
3. 3. Realización de informes y actas de cierre de glosas para reporte de pago.

REFERENCIAS

NUBIA ASTRID PINZON
Enfermera Auditoria
Celular 3133873688

LUIS ALEXANDER RAMIREZ HERNANDEZ
Ingeniero Industrial
Celular 3502204090

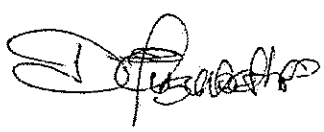
LEIDY VIVIANA MEJIA
Abogada independiente
3154913052

ESTUDIOS

2023 I Bogotá – Colombia
Especialización Derecho Laboral y Seguridad Social
Corporación Universitaria Republicana

2019 | Bogotá - Colombia
Abogada
Universidad Cooperativa de Colombia

2003 |Bogotá - Colombia
Bachiller Académico
Colegio Cooperativo María Auxiliadora



DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
C.C 1.013.582.373 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.582.373

CASTRO PADILLA

APELLIDOS

DIANA ELIZABETH

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1986

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

12-OCT-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00733176-F-1013582373-20150813 0045801657A 1 1303490872

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 270366300

PIB
20:15:41

Bogotá DC, 29 de abril 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) DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013582373:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

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 29 de abril de 2025, a las 20:17:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1013582373
Código de Verificación	1013582373250429201720

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:18:33 PM horas del 29/04/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1013582373**

Apellidos y Nombres: **CASTRO PADILLA DIANA ELIZABETH**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

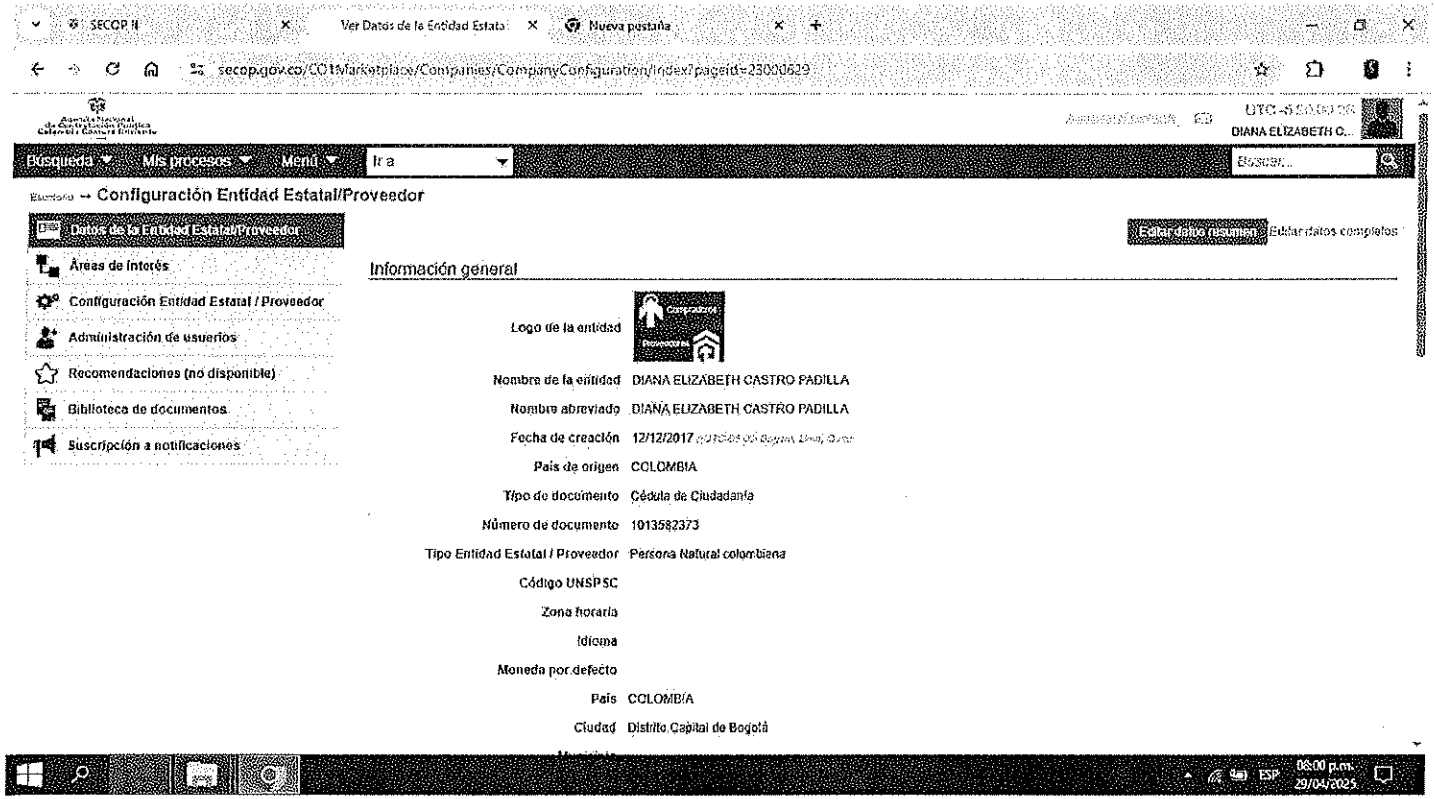
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/04/2025 12:29:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1013582373** y Nombre: **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA.**

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. **115149347** . 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


SECOP II
Ver Datos de la Entidad Estata
Nueva pestaña
secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=28000629
DIANA ELIZABETH C...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Inicio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Editar datos resumen
Editar datos completos
Información general
Logo de la entidad
Nombre de la entidad DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
Nombre abreviado DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
Fecha de creación 12/12/2017
País de origen COLOMBIA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1013582373
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
País COLOMBIA
Ciudad Distrito Capital de Bogotá
ESP
08:00 p.m.
29/04/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14968563364

(415)7707212489984(8020) 000001496856336 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 3 5 8 2 3 7 3	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 3 5 8 2 3 7 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	PADILLA	DIANA	ELIZABETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 73 39 64 SUR AP 574 IN 37

42. Correo electrónico: nani.castro24@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores					
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
			57. Modo			
			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CASTRO PADILLA DIANA ELIZABETH

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

FECHA:	2025-04-29	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 PUB [ ] OTRO [ ] CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castro	Padilla	Diana	Elizabeth

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	1.013.582.373	Bogotá	12/10/2004
PASAPORTE [ ] OTRO [ ]		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X] NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
08/10/1986	Bogotá / Cundinamarca	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [X] CASADO(A) [ ] DIVORCIADO(A) UNION LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	1	1	3005474636

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [X] BACHILLER PRIMARIA [ ] TECNICO [ ] TECNOLOGO [ ] OTRO [ ] CUAL: ESPECIALIZACIÓN DERECHO	ABOGADA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 73 #39-64 SUR APTO 221 INT 11	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
nani.castro24@gmail.com		PROPIA [ ] FAMILIAR [ ] ARRENDADA X

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

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]			
PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI [ ] NO [ ]	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [ ] SOCIO [ ] PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ]	ESTUDIANTE [ ] CONTRATISTA [X] EMPLEADO SOCIO [ ]	HOGAR [ ] COMERCIANTE [ ]	PENSIONADO [ ] EMPLEADO PUBLICO [ ] OTRA..... [ ]	CUAL: REFERENTE DE CONTRATACION Y APOYO ESPECIALIZADO OFICINA JURIDICA

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI [ ] NO [X]	IVA: SI [ ] NO [X] / ICA: SI [ ] NO [X]	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA: 8299 / PRINCIPAL: [X] SECUNDARIA: [ ]
GRAN CONTRIBUYENTE	SI [X] NO [ ]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR: SI [ ] NO [X]

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	[ ] NO [X]	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [X]	# NIT	800006850-3

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL:

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 # 9-85	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	REFERENTE DE FACTURACIÓN	FECHA VINCULACION	

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	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.500.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 4.116.000	ARRIENDOS	$ 1.050.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 3.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 6.000.000
OTROS INGRESOS*	$ 500.000	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 4.616.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.550.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 9.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
ASESORIAS JURIDICAS	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
MEJIA	TUTA	LEIDY	VIVIANA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 4 #69 D - 09 Apto 601	Bogotá	AMIGA	3154913052

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORRO	7590386798	KENNEDY	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

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: [ ]

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.):

REFERENTE DE FACTURACIÓN.

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 licitas.
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 mi 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

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
REGION DE SALUD SOACHA		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 requeriría 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.

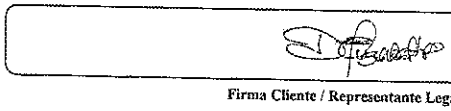
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. 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 , estadisticas, 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.

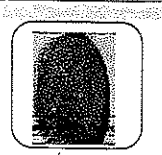
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. 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 INFORMACION 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 Título 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 mi.
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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1013582373, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'RGC ACTIVA SAS' NIT 830146184, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240730	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Abril 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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28628880

CER-AFI

Vigilado Supersalud

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA identificado(a) con C.C No. 1.013.582.373, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 29 de abril del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Castro	Padilla	Diana Elizabeth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1013582373	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 08 MES 10 AÑO 1986	CARRERA 2E 12 14			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3005474636	EMAIL	nani.castro24@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2003

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL	12	2023	
PREGRADO	10	X		ABOGADA	11	2017	335982

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍ*
RGC ACTIVA SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
7427695	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	29	*Mes*	04	*Año*	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
1358 2013 PROFESIONAL ESPECIAL	AUDITORIA JURIDICA	CALLE 103B 49B 41

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍ*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
3282828	*Día*	17	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
1098/2012 - PROFESIONAL	APOYO A FACTURACION	DIAGONAL 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍ*
Subred Integrada de servicios Sur Occidente ESE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
7560505	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2013	*Día*	08	*Mes*	01	*Año*	2019

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO ADMINISTRATIVO II	DIRECCION FINANCIERA	CARRERA 59 14 44

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Hospital del sur ESE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7560505	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	01	Mes	01	Año 2013	Día	31	Mes	08	Año	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO EN FACTURACION	DEPENDENCIA DIRECCION FINANCIERA					DIRECCIÓN CALLE 39 39 46						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2198332	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	07	Mes	09	Año 2011	Día	30	Mes	11	Año	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AN TA DE CUENTAS	DEPENDENCIA FACULTAD DE SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CALLE 67 53 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VALENCIA CONSULTORES Y OUTSOURCING			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 5414130	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	17	Mes	11	Año 2009	Día	05	Mes	07	Año	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA DE CUENTAS	DEPENDENCIA SUBGERENCIA FINANCIERA					DIRECCIÓN CARRERA 9 61 81						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Cristobal ESE			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2091480	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	17	Mes	10	Año 2006	Día	31	Mes	10	Año	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AU AR DE FACTURACION	DEPENDENCIA SUBGERENCIA FINANCIERA					DIRECCIÓN CALLE 20 8A 22						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TALENTUM			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍ COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3414101	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día	07	Mes	06	Año 2005	Día	30	Mes	08	Año	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA REQUIERE CORRECCION					DIRECCIÓN CARRERA 6 26 85						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	10	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Sincelejo, Abril 29/2025.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública | sigepII

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

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Elizabeth Castro Padilla

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1013582373 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CARRERA 73 SUR 39 64 SUR INTERIOR 11 APTO 221 TELÉFONO: 3005474636

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA PAULA CASTRO PADILLA	1013627084	HERMANO(A)
GABRIELA null SOACHA CASTRO	1026575322	HIJO(A)
JUAN ESTEBAN CASTRO PADILLA	1029144393	HERMANO(A)
CLAUDIA PATRICIA PADILLA RUIZ	52064190	MADRE
GUSTAVO CASTRO ROZO	79277666	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** X **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	$3.913.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$500.000
TOTAL	$4.413.000

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
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	007590386798	KENNEDY	200.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO CAJA SOCIAL	CREDITO	6.000.000
DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO	1.000.000
JESÚS DIAZ	ARRIENDO	1.050.000
PERSONAL	GASTOS PERSONALES	2.000.000

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

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** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | N°

C.C. C.E. T.I.

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha Abril 29/2025
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA[1]

Anual [2]	
Al momento de la vinculación	X

Yo DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA identificado(a) con cédula de ciudadanía N.°1.013.582.373 de Bogotá, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

Directivo	
Ordenador del gasto	
Supervisor de contrato	
Responsable del proceso de inspección y vigilancia	
Interventor	
Responsable del control interno	
Responsable del proceso de contratación	
Responsable de la pagaduría	
Responsable de la tesorería	
Otro X ¿Cuál? REFERENTE DE FACTURACIÓN.	

En el cargo específico o contrato: REFERENTE DE FACTURACIÓN. En la siguiente dependencia o área de trabajo: SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio

[1] El Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil se pronunció respecto de la posibilidad de incluir cláusulas que regulen conflictos de intereses de contratistas, mediante concepto del 10 de agosto del 2006, Rad. No. 1767. Publicación autorizada con oficio 39323 del 16 de agosto de 2006.

[2] Los siguientes servidores públicos cada año deben declarar los intereses que podrían ser incompatibles con su desempeño laboral: el personal directivo, y los servidores públicos de otros niveles con responsabilidades de supervisión de contrato, inspección, interventoría, vigilancia, control, contratación, ordenación del gasto, pagaduría o tesorería o quienes realicen la gestión e información sobre trámites y denuncias, o los más altos cargos de los organismos de control penal, disciplinario y fiscal, entre otros.

público del código de integridad.

- Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales.
- Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente[3]: Código Disciplinario Único[4], el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011.
- Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

Por lo anterior, a continuación me permito declarar mis intereses particulares:

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años[5]:

Entidad o negocio	Tipo de participación	Fechas de ingreso y salida	Compromiso vigente de confidencialidad SI/NO
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

[3] Código Disciplinario Único (artículo 40, Ley 734 de 2002) y el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (artículo 11, Ley 1437 de 2011).

[4] La vigencia de Ley 1952 de 2019 fue diferida hasta el 1 de julio de 2021 por el artículo 140 de la ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

[5] Se incluye el periodo de cinco (5) años para declarar intereses particulares que pueden presentarse por el tránsito de personas entre el sector público y el sector privado.

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyuge o compañero permanente

A continuación, registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por su sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar	Número de documento de identidad	Tipo y grado de parentesco	Descripción de actividades económicas o profesionales	Fechas de ingreso y salida
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Otro interés particular

Describa otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011 y en la Ley 1474 de 2011):

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:



Firma del (la) declarante: _____

Cédula de ciudadanía N.° 1.013.582.373 de Bogotá.

Fecha: 29 días de abril del 2025

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.

Nombre de quien recibe: Rosana Alexandra Santo Angel

Firma: _____

Cédula de ciudadanía N.° 3962/301 de Fusagasuga.

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

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

Soacha, 29 de abril de 2025

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo, **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**, identificado(a) con cedula **No. 1.013.582.373** de **Bogotá**, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: **REFERENTE DE FACTURACIÓN** 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,



_____

DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA

C.C. 1.013.582.373 de Bogotá

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, 29 de abril de 2025

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

Yo **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA,** identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. **1.013.582.373** de **Bogotá** 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,



DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
C.C. No. 1.013.582.373 de Bogotá

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:	1013582373
Nombre:	DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
Fecha Inicio contrato:	30/04/2025
Fecha Fin contrato:	31/05/2025
Fecha Inicio cobertura:	01/05/2025
Número contrato:	13823
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 1
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	30/04/2025 04:15:20 p. m.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL: AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**

No. Documento: **1.013.582.373**

Fecha de Nacimiento: **08 de octubre de 1986**

Dirección: **Carrera 73 # 39-64 sur interior 11 apto 221 Conjunto Parques de Carimagua**

Teléfono. Fijo – Celular: **3005474636**

E-mail: **nani.castro24@gmail.com**

EPS: **COMPENSAR**

AFP: **COLFONDOS**



Firma Contratista: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

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

Soacha, abril 30 de 2025

Señores:

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
CORPORACIÓN UNVERSITARIA REPUBLICANA

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo, **Diana Elizabeth Castro Padilla** 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 Artículo 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:

ABOGADA – ESPECIALIZADO EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

Cordialmente;



Firma _____

N° Documento 1.013.582.373

Tarjeta Profesional N° 335982

Dirección de contacto Carrera 73 # 39-64 sur interior

11 apto 221

Teléfono 3005474636

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

Yo, **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1.013.582.373**, 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 ls 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 X
3	FICHAS DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLINICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 29 días de abril de 2025



Firma y huella

3005474636

Celular No.

Nani.castro24@gmail.com

Correo institucional

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.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES		
	PROCESO: Gerencia del Talento Humano	CÓDIGO	TH-FTO-59
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	10/07/2024

Soacha, 29 de abril de 2025

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

Yo DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA con C.C. 1.013.582.373 expedida en Bogotá, 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,



DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
C.C. 1.013.582.373 de Riohacha

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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4895799c-ac82-4e7b-ae8f-a14d4decb6d

Nombres y apellidos / Full name: **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 1 3 5 8 2 3 7 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **08/10/1986**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3005474636**

Correo electrónico / e-mail: **NANI.CASTRO24@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Primera	8	3	2021	PFIZER	EN1195	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 17 TRINIDAD GALAN	NARDA GRACIELA NIETO ESQUIVEL
COVID PFIZER	Segunda	30	3	2021	PFIZER	ER1742	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 17 TRINIDAD GALAN	ADRIANA PATRICIA ALARCON PARRA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 10608
CLL 76 No 20C - 42 - Barrio Juan XXIII - PBX - 3001509
unirionegro@gmail.com

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1013582373-101439

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 12/01/2023 BOGOTA D.C
Paciente: DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
Género FEMENINO **Edad:** 36
Fecha Nacimiento: 08/10/1986
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección CRA 73 # 39 64 SUR
Empresa AAA CPT CONSULTORES S.A.S
Empresa en Misión: AAA CPT CONSULTORES S.A.S

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1013582373
Teléfono **Móvil:** 3005474636
Cargo: ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS
EPS: COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Escolaridad: UNIVERSITARIO

EXAMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE TAPABOCAS EN TRANSPORTE PUBLICO, CENTROS DE SALUD Y ANCIANATOS, LAVADO DE MANOS PERMANENTES, CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID-19, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

_ APTO PARA EL CARGO

Observaciones: USO DE GAFAS PERMANENTES

Tipo de Restricción — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

PSICOSOCIAL

BIOMECANICO

Información de Remisiones

NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR: Autorizo al (ala) doctor (a) abajo mencionado (a) a realizar mi examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es), registrado (s) en este documento. El (la) doctor (a) abajo mencionado (a) me ha explicado la naturaleza y proposito de examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional (es). He comprendido y he tenido la oprtunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico ocupacional (es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las prueba (s). Entiendo que la realizacion de esta (as) pueba (as) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen (es). Fui informado de las medidas que tomara la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este (as) examen (es) estan completas y son veridicas. Autorizo a la UNIDAD MEDICA RIONEGRO LTDA. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior, y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dra. Angelica Goelkel M.
Especialista en Salud Ocupacional
Medica - 14706 - 11.13
UMR LTDA

ANGELICA LILIANA GOELKEL MEDINA 14706 -
Médico Especialista en Salud Laboral

DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA 1013582373
Firma y cédula del Paciente

La Corporación Universitaria Republicana

Personería Jurídica No. 3061 del Ministerio de Educación Nacional. Código ICFES 2837

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que

Diana Elizabeth Castro Padilla

C.C 1.013.582.373 Bogotá

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió
los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, le confiere el título de

Especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., Colombia, Abril 5 de 2024

Rector (e) | Secretaria General | Vicerrector Académico

Diploma No. 15134 Anotado al folio 091 del libro de Registro No. 022 Fecha, Abril 5 de 2024

1999

Scanned with ACE Scanner

Corporación Universitaria Republicana

Personería Jurídica No. 3061 del Ministerio de Educación Nacional. Código ICFES 2837

Institución de Educación Superior

Sujeta a Inspección y Vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 5 de abril de 2024 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Doctor Gerardino Vivas Hernández, Rector (e), en el cual la Corporación Universitaria Republicana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL

A

DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA

Identificado(a) con C.C. No. 1.013.582.373 de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales; le otorgó el Diploma No. 15134 que lo (la) acredita como tal.

La Corporación Universitaria Republicana está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C. el 5 de abril de 2024.

Firmada por

Gerardino Vivas Hernández	**Nubia Esperanza Rodríguez Calderón**	**Alejandro Castillo Rivas**
Rector (e)	Secretaria General	Vicerrector Académico

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá D.C. 5 de abril de 2024.

Nubia Esperanza Rodríguez Calderón
Secretaria General

Tomado del Acta General No. 1442
Anotado al folio No. 091 Libro 022
Del 5 de abril de 2024

No. 16489

Scanned with ACE Scanner

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA

con cédula de ciudadanía No. 1.013.582.373 de Bogotá D.C

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ABOGADA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Bogotá el día 13 de Septiembre de 2019

Director(a) Sede

Rector(a)

Gloria Patricia Ramos J
Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0040120191 Folio No. 125 Registro No. 1248 Refrendado en Bogotá el día 12 de Septiembre de 2019

Registros y Diplomas: Amanda Villa Alzate

041064

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 01-5729-2019

PROGRAMA :	DERECHO
CODIGO SNIES:	2722
FECHA GRADO:	13 DE SEPTIEMBRE DE 2019
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS BOGOTÁ

En atención a que DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA
con Cédula de Ciudadanía No 1.013.582.373 de Bogotá D.C
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ABOGADA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Bogotá, mediante acta No 012 en sesión del día 14 de agosto de 2019.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	EVA JANETTE PRADA GRANDAS
Decano(a) facultad:	NANCY CONSUELO ALVARADO AFRICANO
Secretario(a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Bogotá D.C el día 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General

VIGILADA MINEDUCACIÓN

THOMAS GREG & SONS.

033008

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Cooperativo María Auxiliadora

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,

según Resolución No. 518 del 24 de Febrero de 2000

Confiere a

Diana Elizabeth Castro Padilla

T.I. 86100576217 de Santa Fe de Bogotá

el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994), según los planes y programas vigentes.

Isaac Ernesto Sánchez Ruiz
Rector

Isabel Carrillo Rodríguez
Secretaria

Anotado al Folio No. 16 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 001

Dado en Bogotá, D.C., a 29 de Marzo de 2000

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 2150 de Mayo de 1994, y 2150 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO COOPERATIVO MARIA AUXILIADORA
CALLE 27 SUR No. 5-56
TELEFONOS 2 397517-2 394670
BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 610 *Inscripción Dane 311001026840*

En la ciudad de Bogotá, D.C., a 29 de noviembre *de 200*8*, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del* ***COLEGIO COOPERATIVO MARIA AUXILIADORA,*** *institución aprobada, en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO según Resolución 548 del 24 de febrero de 2000.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de ***BACHILLER ACADEMICO;*** *a la graduanda cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

Diana Elizabeth Castro Padilla
T.I. 1010087612 de Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 35 del 29 *de* noviembre *de 200*3*, consta de* 72 *alumnas; comienza con el nombre de ALVAREZ LEYDI MARCELA y termina con el nombre de VELANDIA LIZARAZO EDNA LORENA. Firmada por* ***SOR LEONOR SANCHEZ RUBIO*** *(Rectora) e* ***ISABEL CARRILLO RODRIGUEZ*** *(Secretaria).*

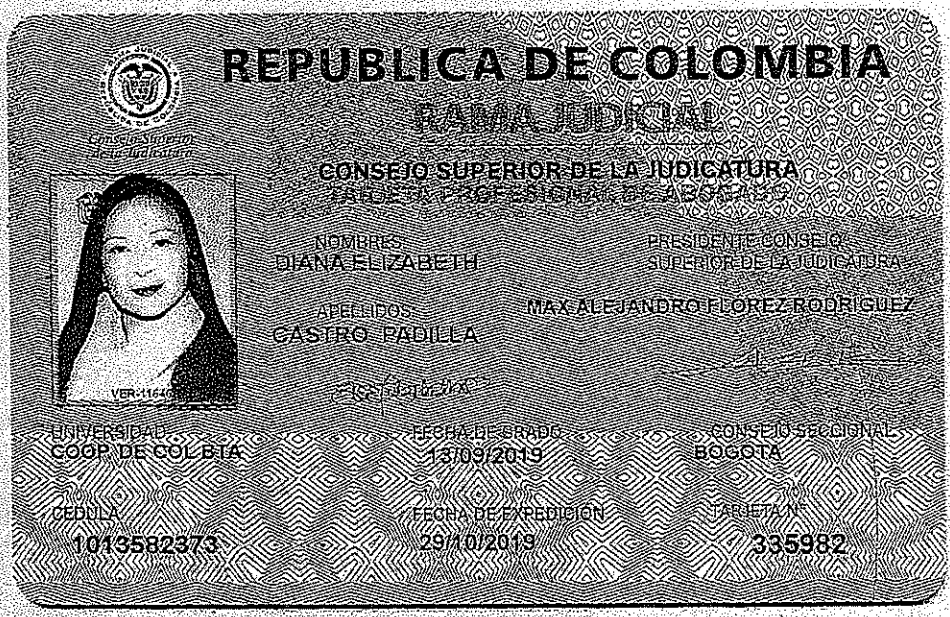
Dada en Bogotá, D.C., a 29 de noviembre *de 200*3*.*

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

SOR LEONOR SANCHEZ RUBIO
Rectora
C.C. 20.517.743 de Facatativá

ISABEL CARRILLO RODRIGUEZ
Secretaria
C.C. 35.401.920 de Zipaquirá

VISUAL LASER


REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
Consejo Superior de la Judicatura
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO
NOMBRES
DIANA ELIZABETH
APELLIDOS
CASTRO PADILLA
PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
MAX ALEJANDRO FLOREZ RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD
COOP. DE COLOMBIA
FECHA DE GRADO
13/09/2019
CONSEJO SECCIONAL
BOGOTA
CEDULA
1013582373
FECHA DE EXPEDICION
29/10/2019
TARJETA No.
335982

LA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

C E R T I F I C A

Certificado de Vigencia N.: 434757

Que de conformidad con el Decreto 196 de 1971 y el numeral 20 del artículo 85 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional, previa verificación de los requisitos señalados por la Ley.

En atención a las citadas disposiciones legales y una vez revisado los registros que contienen nuestra base de datos se constató que el (la) señor(a) **DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA**, identificado(a) con la **Cédula de ciudadanía**. No. **1013582373.**, registra la siguiente información.

VIGENCIA

CALIDAD	NÚMERO TARJETA	FECHA EXPEDICIÓN	ESTADO
Abogado	335982	29/10/2019	Vigente
Observaciones: -			

Se expide la presente certificación, a los **21** días del mes de **noviembre** de **2019.**

MARTHA ESPERANZA CUEVAS MELÉNDEZ
Directora

Consejo Superior de la Judicatura

Notas 1- Si el número de cédula, los nombres y/o apellidos presentan error, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia.
2- El documento se puede verificar en la página de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co a través del número de certificado y fecha expedición.
3- Esta certificación informa el estado de vigencia de la Tarjeta Profesional, Licencia Temporal, Juez de Paz y de Reconsideración

Bogotá D.C. 26 de noviembre de 2023

Señores:
UNIVERSIDAD COOPERATIVA COLOMBIA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Diana Elizabeth Castro Padilla en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "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 artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo 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 cuenta a datos personales en mi calidad de egresado solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ABOGADA

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento: 1.013.582.373

Tarjeta profesional No: 335982

Dirección de contacto: Carrera 73 # 39-64 sur Apto 574 int 37

Teléfono: 3005474636

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

10/10/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1013582373**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**007590386798**
Fecha de apertura	**27/12/2012**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

DIANA ELIZABETH CASTRO PADILLA

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,82

ALEXANDRA GONZALEZ ORENO
CAPACITADOR

DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: abril 30, 2025

CUNDINAMARCA
EN COMUNICACIÓN
Gobernación de Cundinamarca