EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	04
		VIGENCIA	15/08/2025

OK

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: Angie Dennys Castiblanco Toro

CARGO: Auxiliar de Enfermería

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	✓			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	✓			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	✓			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años	—			
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	✓			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	✓			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	✓			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	✓			
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	✓			
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	—			
12	Registro usuario Secop II	✓			
13	RUT Actualizado	✓			
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	✓			
15	Certificado actual de afiliación EPS	✓			
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	✓			
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	✓			
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	✓			
19	Formato de oferta de prestación de servicios	✓			
20	Formato de indemnidad	✓			
21	Formato de ARL	✓			
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	✓			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	✓			
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	✓			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	✓			
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	✓			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	✓			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	✓			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado	✓			
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	✓			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)	✓			
41	Manejo del duelo (Asistenciales)	✓			
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla	✓			
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				

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

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados 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, 11 _de Noviembre de 2025

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Angie Denys Castiblanco Toro

Cargo: Auxiliar de Enfermeria

Respetado Doctor Diego Alejandro García, 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 actividadesque sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,



Nombre del Contratista Angie Denys Castiblanco Toro
CC: 1013623997
Dirección: calle 15 20 151 conjunto lilo
Email: acastiblant@gmail.com
Teléfono/ Celular: 3122549116

ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO



Informacion Personal

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	: C.C. No. 1.013.623.997 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	: julio 27 de 1991
LUGAR DE NACIMIENTO	: Bogotá
DIRECCION	: Kr 8 15 08 casa 202
BARRIO	: Urbanizacion la esperanza
TELEFONO	7751467
CELULAR	3122549116
CORREO	: acastiblant@gmail.com

Perfil Profesional

Profesional de administración en salud ocupacional y técnico auxiliar de enfermería con conocimiento en el manejo de cuentas médicas, presentación de auditorías, experiencia laboral desempeñando funciones como promoción y prevención a población vulnerable, vacunación, seguimiento en casa, colegio o jardines a las personas en condición de discapacidad, niños menores de 5 años, gestantes o personas crónicas a las que se les realiza remisión a las diferentes áreas del programa territorios saludables de acuerdo a la intervención requerida, notificaciones a las diferentes entidades competentes de eventos importantes de salud física y psicológica. Como ultima experiencia laboral realizo abordaje a las instituciones de población diferencial y en protección (sistema de responsabilidad penal adolescentes internas y externas, instituciones de personas con consumo de spa y habitabilidad en calle, casas de igualdad de oportunidades para la mujer e instituciones de protección para la niñez y la infancia) la cual realizo talleres de salud física enfocadas a la prevención de riesgos, pruebas rápidas de VIH, sífilis, hepatitis b y hepatitis c y tamizajes cardiovasculares a la población toda dirigida a la identificación de riesgos y activación de ruta indicada. Caracterizada por ser comprometida y cumplida, vocación a la labor, desempeño adecuado, trabajo bajo presión, tolerante, orientada al servicio y al cumplimiento de estándares de los objetivos planteados. En el área de salud ocupacional verificación de condiciones de trabajo en las unidades de trabajo informal (UTIS) identificación, prevención de riesgos laborales y así mismo enfermedades y accidentes de trabajo, talleres con población general y trabajadores informales en temas de interés como COVID 19, formalización y riesgos laborales.

Formación Académica

- ✔ **CURSOS**
  -Curso atención a víctimas de abuso sexual
  -Curso lactancia materna exclusiva
  -Curso de 50 horas de seguridad y salud en el trabajo
  -Curso de asesoría pre y post y toma de pruebas rápidas de VIH, sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.
  -Curso sífilis combinada

✔ **SUPERIOR**
UNIVERSIDAD UNIMINUTO

Administración en salud ocupacional
Año - 2018
Con licencia

FUNDACION OLGA FORERO DE OLAYA
Técnico en auxiliar de enfermería
Año- 2009

✔ **SECUNDARIA**
COLEGIO I.E.D FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
AÑO - 2007
BOGOTÁ – CUNDINAMARCA

Referencias Personales

CAMILO ENRIQUE BOGOTA
DISEÑADOR
TELEFONO: 3142178380

PAOLA ANDREA ROJAS
CONTADORA PUBLICA
TELEFONO: 3058108457

Referencia Familiar

CLARA CECILIA TORO
SECRETARIA
TELEFONO: 3115761021

OLGA ESPERANZA CASTIBLANCO
SECRETARIA
TELEFONO: 3023803158

Experiencia Laboral

✔ **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR**
técnico auxiliar de enfermería
Ingreso: 10-02-2021 **hasta el**: 31-10-2025
Jefe inmediato: Marcela Garzón
Celular: 6017300000

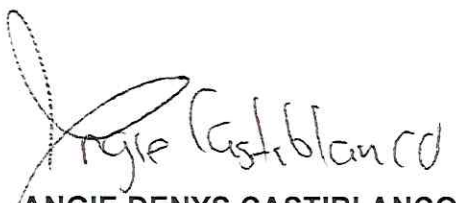
✓ **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**
Auxiliar de enfermería salud publica
Ingreso: 06-06-2025 **hasta el**: 06-08-2025
Jefe inmediato: Rafael Alexander Millan
Celular: 3143593104

✔ **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**
técnico en salud ocupacional salud publica
Ingreso: 12-03-2021 **hasta el**: 30-12-2022
Ingreso: 23-07-2024 **hasta el**: 23-12-2024
jefe inmediato: Sonia Milena Pinzón
Celular: 3105723721

✔ **HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS**
técnico en salud ocupacional salud publica
Ingreso: 05-01-2017 **hasta el**: 31-12-2017
Ingreso: 02-01-2018 **hasta el**: 30-12-2018
Ingreso: 19-02-2019 **hasta el**: 30-12-2019
Ingreso: 15-09-2020 **hasta el**: 30-12-2020
Jefe inmediato: maholy Velásquez
Celular: 321 4873058

✔ **HOSPITAL DEL SUR**
Auxiliar de enfermería salud publica
Ingreso: 02-09-2014 **hasta el** 31-05-2016
Jefe inmediato: Tatiana chaparro
Celular: 3006404129

✔ **HOSPITAL PABLO VI BOSA**
Auxiliar de Enfermería salud publica
Ingreso: 08- 10 – 2012 **hasta el** 31-07-2014
Jefe inmediato: Yolima Barragán
Celular: 7799800



ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.623.997

CASTIBLANCO TORO
APELLIDOS

ANGIE DENYS
NOMBRES

Angie Castiblanco
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-1991

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-JUL-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00715738-F-1013623997-20150618 0044518563A 1 7723423031

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 284170175

PIB
06:16:43

Bogotá DC, 11 de noviembre 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) ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013623997:

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 lunes 10 de noviembre de 2025, a las 20:54:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1013623997
Código de Verificación	1013623997251110205408

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 08:54:36 PM horas del 10/11/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1013623997**

Apellidos y Nombres: **CASTIBLANCO TORO ANGIE DENYS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/11/2025 08:56:47 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1013623997** y Nombre: **ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO.**

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. **126364542** . 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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1013623997 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/11/2025 09:10 PM

Código Verificación: **DF6XAJEKH8**

Válida hasta: **09/02/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:14:03 horas del 10/11/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1013623997,** Apellidos y Nombres **CASTIBLANCO TORO ANGIE DENYS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **region de salud soacha** , con NIT **800181839-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2025 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	auxiliar de enfermeria - administradora en salud ocupacional
Título	Sra.
Nombre	angie denys c
Apellidos	castiblanco toro
Fecha de Nacimiento	27/07/1991 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	Sí No
Nombre y apellido	angie denys c castiblanco toro
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1013623997
Dirección	kr 78d 60 09 sur
Código postal	
Estrato	
Ubicación	bogota
País	COLOMBIA
Correo electrónico	acastiblant@gmail.com
Teléfono	
Celular	3122549116

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3122549116
SMS para recuperar la contraseña	3122549116

Editar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141060829587

(415)7707212489984(8020) 000014106082958 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 3 6 2 3 9 9 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 3 6 2 3 9 9 7	

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
CASTIBLANCO	TORO	ANGIE	DENYS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 78 D 60 09 SUR BRR BOSA LA ESTACION

42. Correo electrónico: angie_upa@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 2 5 4 9 1 1 6	3 0 0 5 0 7 1 8 9 5

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20													58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 07 - 15 / 15 : 23: 48

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 CASTIBLANCO TORO ANGIE DENYS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-07-2024 03:24:23PM

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

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

FECHA:	11/2025	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
Castiblanco	Tovo	Angie	Dennys

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1013623997	Bogotá	2009 07 30

PASAPORTE		OTRO		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI	X	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1991-07-21	Bogotá	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL								PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	X	CASADO(A)	X	DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		VIUDO(A)		1	1	312 354 9116

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
cll 5 20 151	Soacha	Cundinamarca	Colombia	7755146

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
acastiblanco@gmail.com	N/A	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	N/A	N/A	N/A

PASAPORTE		OTRO		CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA:	SI	X	NO		
				N/A						

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO		CUAL:
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO		N/A
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA.....		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI	NO X	8692	8699
	NO	X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	800006850-3
EXPORTACIONES		AGRICOLA		FARMACEUTICA		FINANCIERA		TRANSPORTE		TECNOLOGIA		ALIMENTOS		MEDICAMENTOS	
OTRA		CUAL:													

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

FORMATO SARLAFT

Codigo	TH_FTO_45
Version	0
Vigencia	7/6/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cl 13 10 48	7309230	Soacha	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria	**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	2.980.000	GASTOS FAMILIARES	1.130.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	0	ARRIENDOS	850.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	10.000.000	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	0	OTROS ACTIVOS*	10.000.000	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	2.980.000	TOTAL EGRESOS	1.980.000	TOTAL ACTIVOS	20.000.000	TOTAL PASIVOS	0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rojas	Bermudez	Paola	Andrea
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
cl 66 Sur 78g 60	Bogotá	Amiga	3058108457

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Colpatria	Ahorros	4722070552	Bosa	7561616

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
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.):

auxiliar de enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades 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

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, 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 , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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.

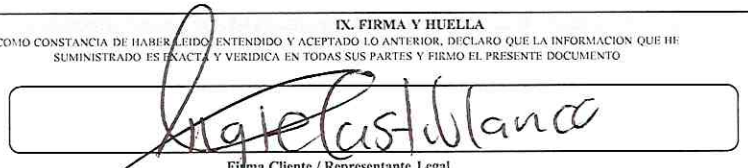
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1013623997 ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**ACTIVO4**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**425**
Fecha Afiliación:	**01/10/2012**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 10 de Noviembre de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTIBLANCO TORO ANGIE DENYS** identificado(a) con **CC** número **1.013.623.997** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de septiembre de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de noviembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80 -**
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

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
CASTIBLANCO	TORO	ANGIE DENYS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1013623997	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 07 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 78 D 60 09 SUR CASA BOSA LA ESTACION

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 7751467 EMAIL acastiblant@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	12	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION EN SALUD OCUPACIONAL	10	2017	1013623997
PREGRADO	4	X		TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE	11	2009	1013623997

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)

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

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 VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	12	Mes	03	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA AREA DEL PIC						DIRECCIÓN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO SOACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7309230	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	09	Año	2020	Día	30	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA						DIRECCIÓN CALLE 13 10 48					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO OPERATIVO	*DEPENDENCIA* AREA DEL PIC					*DIRECCIÓN* CALLE 13 - 9 85						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SOACHA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO OPERATIVO	*DEPENDENCIA* AREA DEL PIC					*DIRECCIÓN* CALLE 13 - 9 85						

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	2	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	11
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha 11-11-2025

Angie Castiblanco

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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.

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 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1013623997 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

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

DIRECCIÓN: CARRERA 78 D 60 09 SUR CASA BOSA LA ESTACION TELÉFONO: 3122549116

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JHOAN NICOLAS CASTIBLANCO TORO	1012405457	HIJO(A)
MARTHA BEATRIZ TORO QUINTANA	51922360	MADRE
LUIS ORLANDO CASTIBLANCO DUARTE	80269071	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$2.470.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$2.470.000

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
COLPATRIA	CUENTA DE AHORROS	4722020552	BOSA	756

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
MUEBLES	VEHICULO	11.500.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la **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 forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Angela Patricia Blanco

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soacha 11-11-2025

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Soacha, 11 de Noviembre de 2025

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Angie Denys Castiblanco Toro, identificado(a) con cedula No. 1013623997 de Bogota interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: Auxiliar de Enfermeria, 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,

Angie Castiblanco

C.C.1013623997

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 11 de noviembre de 2025

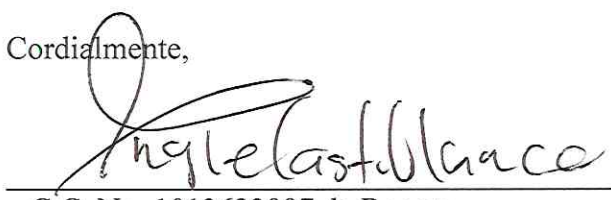
Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Angie Denys Castiblanco Toro, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1013623997 de Bogota, por medio del presente documento mepermito 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,



C.C. No. 1013623997 de Bogota

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 SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido:	Angie Denys Castiblanco Toro
N.° Documento:	1013623997
Fecha de Nacimiento:	27-07-1991
Dirección:	calle 15 20 151 conjunto lilo
Teléfono. Fijo – Celular	3122549116
E-mail:	acastiblant@gmail.-com
EPS:	Nueva EPS
AFP:	protección
Firma Contratista:	Angie Castiblanco

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.

Medellín, 14 de november de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ANGIE CASTIBLANCO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1013623997 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 15/11/2025 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 14/11/2025 12.31 PM

Dirección IP: 38.52.157.29, 192.230.104.5, 172.16.42.57

Medellín, 10 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANGIE CASTIBLANCO identificado(a) con C1013623997 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10136239972531476729

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

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

Soacha 11 noviembre 2025

Señores:

Fundación Olga Forero de Olaya

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Angie Denys Castiblanco Toro 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 acuerdocon lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales,en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo,expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

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

Tecnico Auxiliar de Enfermeria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

N° Documento 1013623997

Tarjeta Profesional N° 1013623997

Dirección de contacto calle 15 20 151 conjunto lilo

Teléfono 3122549116

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

Yo Angie Denys Castiblanco Toro identificado (a) con cédula deciudadanía número 1013623997 expedida en Bogota, en mi condición decontratista 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 divulgaciónde 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

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

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

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

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

Para constancia se firma en Soacha, a los 11 de noviembre de 2025



Firma y huella

3122549116

Celular No.

acastiblant@gmail.-com

Correo institucional.

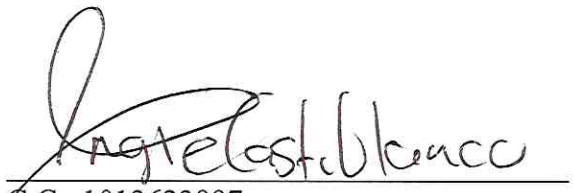
Soacha, 11 de noviembre de 2025.

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

Yo Angie Denys Castiblanco Toro con C.C. 1013623997 expedida en Bogota, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

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

Atentamente,



C.C. 1013623997

	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
EPATITIS B	1a. Dosis			
	2a. Dosis	8c131-0	6/03/09	
	3a. Dosis			
	Refuerzo		24 FEB. 2011	
EPATITIS A	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
RIPLE VIRAL	1a. Dosis		24 FEB. 2011	
	2a. Dosis			
ARICELA	1a. Dosis			
EUMOCOCO*	1a. Dosis			
	1a. Dosis			
	2a. Dosis			
TETANICO IFTERICO	3a. Dosis			
	Refuerzo			
NFLUENZA*	1a. Dosis		27 SET. 2012	
OTROS				

Influenza(GRIPE) : Una dosis cada año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		19 JUN 2015		
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	31-03-MV502700	3/23	
Otras				

Sede la Castellana - Carrera 45A No. 94-91 - PBX: 742 0428/8070
Celular: 311 58[illegible] 741 - Celular Corporativo: 310 793 4325
E-mail: controlarsalud@yahoo.com.mx
www.controlarsalud.com - Bogotá D. C.

ALUD INTEGRAL S.A.S.

ontrolar

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	29-03 2012	SPRIMON V.7-13	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	28-06-11	UPA ESTACIÓN	
	2	28-07-11	UPA ESTACIÓN	
	3	30-01-12		
	4	10-05-13	UPA CARBONELL	
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Controlar

Certificado de Vacunación

Nombre: Angie Dennys Fastiblanco

Doc. de Identidad: 1013623977

Dirección: Kr 78D #60-09 sur

Teléfono: 3122549116

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Angie Denys
Apellidos: Castiblanco Toro
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1013 623 997.
Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 07 Año 1991

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Angie Denys
Apellidos: Castiblanco
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1013623997.
Fecha de nacimiento: Día 27 Mes 07 Año 1991

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	4	20-9-22	Moderna	066B22-2A 5-12-22	SUBRED SUR	Judy Alexandra Beltranez CC. 1024469361 Auxiliar de enfermeria	
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	12/03/21	PFIZER	EN1195	S.t Red Sur	Judy [illegible]	1024469361
	2	03-04-21	PFIZER.	ER1742 05-21	UMHES Tunal.	Franly Z. ortiz	1013598525
	26 NOV 2021	Moderna	066B22A	Subred SS	Gelter Acevedo CC. 79698368 Enfermero		

Powered by CamScanner

omnisalud
Para toda la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social,a la empresa solo se le enviará el informe con el

Nombre de la Empresa Omnisalud		**Empresa en Misión**	
PARTICULAR		-	
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
- 811 037 385-2	- Calle 77 # 20c 56	- (601) 4823257	- BOGOTA



INFO RMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	**Documento de Identidad**	**Edad**	**Género**
Angie Denys castiblanco toro	CC 1013623997	33 AÑOS	femenino

Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**	**Estado Civil**
Bogotá	Bogotá	SOLTERO (A)
Teléfono Fijo	**Dirección**	**Celular**
N/A	Cl 15# 20-151	3122549116
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**	**Hemoclasificación**
acastiblant@gmail.com	TECNICO	O+

- CONCEPTO EVALUACION MEDICA CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

-EXAMEN OFTALMOLOGICO Y/O VISUAL: SE REALIZA

ANEXO EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- MEDICAS PERSONALES

Ninguna/

CONDUCTAS (OCUPACIONALES - RESTRICTIVAS)

Ninguna/

CONDUCTAS (OCUPACIONALES PREVENTIVAS)

Capacitar En La Prevención De Los Riesgos Propios Del Oficio A Realizar/

Se Indica Hábitos Saludables De Vida (Dieta Baja En Sal Y, Azúcar) Realizar Actividades Deportivas Y Controles Preventivos Con Su Médico./

Se Le Informa Y Se Le Recomienda Cumplir Con Todas Las Medidas De Prevención Contra Contagio De Covid-19, Según Directriz De Minsalud Como: Distanciamiento Social, Lavado Frecuente De Manos, Uso De Tapabocas, Evitar Asistir A Sitios Concurridos Y Cuando Este Laborando Seguir La Indicaciones Entregadas Por El Área De Seguridad Y Salud En El Trabajo, Utilizar Los Epp Indicados Y Lo Cuidados Pertinentes En El Área De Trabajo También Se Entregan Signos De Alarma , En Caso De Tener Exposición O Presentar Síntomas Relacionados Con Covid-19, Comunicarse O Consultar A Su Eps / Secretaria Seccional De Salud, En Las Líneas Habilitadas Y Entregadas Por El Gobierno Nacional. /

CONDUCTAS - GENERALES (ocupación laboral)

Recibir Entrenamiento En Normas De Bio-Seguridad Y Uso De Adecuados Elementos De Protección Personal En Sus Funciones Asistenciales, Revisar El Esquema De Vacunación Contra El Tétanos Y La Hepatitis B Determinar Anticuerpos Contra Hepatitis B Siempre Y Cuando Esté Vacunado, Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Reportar Oportunamente Los Accidentes E Incidentes De Trabajo, Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura Por Las Escalas, Pisos Irregulares Y Por Las Vías Públicas. Cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas (Hombre O Mujer). No Subestimar Los Riesgos Que Le Rodean En Sus Actividades, Mantenerse Atento Para Prevenir Accidentes O Incidentes Que Le Puedan Afectar A Usted, O A Sus Compañeros, Asistir A Las Capacitaciones Y A Los Entrenamientos En Normas De Bioseguridad Y En Prevención Del Riesgo Biológico./

X- OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL

Énfasis Respiratorio: Se Realizó Revisión Del Sistema Respiratorio Mediante Un Interrogatorio A Través Del Nexo Epidemiológico Y Síntomas Relacionados Con Covid-19; Durante Su Evaluación Médica Ocupacional No Se Evidencia Patologías Ni Hallazgos O Sintomatología De Posible Origen Respiratorio Activo./

Énfasis Del Sistema Osteomuscular Y Columna: Este Examen Médico Ocupacional Se Realiza En Condiciones De Reposo Y Está Enfocado En Una Revisión, Buscando Patologías Activas O Secuelas Osteomusculares Extremidades Y Columna, Durante Su Evaluación No Se Evidencio Patología O Sintomatología De Origen Osteomuscular Que Pudieran Genera Limitaciones O Riesgo Para Desempeñar Sus Funciones Laborales/

Dirección: cl. 77 # 20 c-56 Teléfonos: 3455773 – 3455774 4823258 www.omnisalud.com.co

Guomar Pedraza M.
Médico Especializado
Salud Ocupacional

MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC. S.O 7372-10
PEDRAZA MOSQUERA GUIOMAR
51740183
R.M.: 6621

FIRMA DEL TRABAJADOR

La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional.

Dirección: cl. 77 # 20 c-56 Teléfonos: 3455773 – 3455774 4823258 www.omnisalud.com.co

Cendiatra

VISIOMETRIA

SEDE: CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 2039694 **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-04-10

CC: 1013623997
Nombres y apellidos: ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO
Fecha de nacimiento: 27/07/1991
Edad: 32 **Sexo:** FEMENINO **RH:**
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha ingreso: 10/04/2024
Fecha salida: 10/04/2024
Teléfono acompañante:



EVOLUCIÓN

SECCIÓN 1
EVOLUCIÓN:

ANTECEDENTES GENERALES

SECCIÓN 1

ANTECEDENTES OCULARES:	CX LASER AO HACE 6 AÑOS
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	
ANTECEDENTES FAMILIARES:	

PRUEBA

SECCIÓN 1
PERIMETRIA:

AGUDEZA VISUAL LEJANA

SECCIÓN 1

AMBOS OJOS:	20/20	SC
OJO DERECHO:	20/20	SC
OJO IZQUIERDO:	20/20	SC
ESTEREOPSIS SEG:		
VISION CROMATICA:	NORMAL	SC
FORIA VERTICAL:	NORMAL	
FORIA LATERAL:	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

SECCIÓN 1

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	SC
OJO DERECHO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	SC
OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	SC
FORIA LATERAL VISUAL CERCANA:	NORMAL	
ESTENOPEICO VISUAL CERCANA:		

DIAGNÓSTICOS

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 2:	
DIAGNÓSTICO 5:	
DIAGNÓSTICO 3:	

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1
RECOMENDACIONES: CONTROL VISUAL ANUAL

La República de Colombia
y en su nombre

Fundación Olga Forero de Olaya

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Debidamente autorizada por el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud según acuerdo No. 0126 del 23 de Diciembre de 2008 y Resolución No. 241 de Marzo 09 de 2009 de la Secretaria de Educación de Soacha.

Otorga el Presente

Certificado de Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería a:

Castiblanco Toro Angie Denys

C.C. 1.013.623.997 de Bogotá

Duración: 1.800 Horas Teórico – Prácticas

Fecha de Certificación: Diciembre 18 de 2009, en Soacha, Cundinamarca

Acta Individual de Grado

Fundación Olga Forero de Olaya

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acta de Certificación No. 0004

En la ciudad de Soacha; el día 18 de Diciembre de 2009, se llevó a cabo el acto de certificación presidido por el Doctor JOSÉ LEONIDAS OLAYA FORERO Director de la Fundación Olga Forero de Olaya institución de formación para el Trabajo y Desarrollo Humano. Debidamente autorizada por el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud según acuerdo No. 0126 del 23 de Diciembre de 2008 y Resolución No. 241 de Marzo 09 de 2009 de la Secretaria de Educación de Soacha.

Otorga el Presente

Certificado de Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería a:

Castiblanco Toro Angie Denys
C.C. No. 1.013.623.997 de Bogotá

Quien cumplió con los requisitos Académicos de 1.800 horas teórico prácticas y con las exigencias establecidas en los reglamentos de la institución, por lo cual se le otorgó el certificado que lo acredita como tal.

En fé de lo anterior se firma la presente Acta de Certificación, en la ciudad de Soacha, Cundinamarca el día 18 de Diciembre de 2009.

Director

Secretaria Académica

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ANGIE DENYS
CASTIBLANCO TORO

C.C. 1013623997

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 21/05/2010

Departamento de
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 1472 **DE 2010**

(10 MAYO 2010)

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

LA SECRETARIA DE SALUD

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

CONSIDERANDO:

Que, **ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 1.013.623.997, DE BOGOTÁ, D.C.,** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, TITULO** que le otorgó **LA FUNDACIÓN OLGA FORERO DE OLAYA , DE SOACHA, - CUNDINAMARCA SEGÚN ACTA DE CERTIFICACIÓN No.-0004 DE FECHA 18 DE DICIEMBRE DE 2009.**

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

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA** , conferido a **ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No.1.013.623.997, DE BOGOTÁ, D.C.,** que le otorgó **LA FUNDACIÓN OLGA FORERO DE OLAYA - DE SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA DE CERTIFICACIÓN No.- 0004 DE FECHA 18 DE DICIEMBRE DE 2009.**

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

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

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 10 MAYO 2010

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. DR. CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA
Jefe Oficina Asesora de Asuntos jurídicos

Vo.Bo. DR. GONZALO GUSTAVO LEAL PAEZ
Director Desarrollo de Servicios

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2025-11-10--9:26:38 PM

Tipo Identificación	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1013623997	ANGIE	DENYS	CASTIBLANCO	TORO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO identificado(a) con CC 1013623997 registra La siguiente información:

2025-11-10--9:26:38 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Información Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercicio acto administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	**Local**	**Auxiliar de enfermería**	**2010-05-10**	**1472**	**DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA**

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DwnI8aH4sq

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO

1013623997

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL V2

Con una intensidad horaria de : 40 horas

Para constancia se expide:
abril 18, 2024
Vigencia de 3 años

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

BOGOTÁ

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

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

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

CERTIFICA:

QUE: **ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO**

C.C : 1013623997 DE BOGOTA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

GESTION DEL DUELO

INTENSIDAD DE 40 HORAS

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

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

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

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 13 DIAS DEL MES DE MAYO DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Angie Denys Castiblanco Toro

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: noviembre 11, 2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Que Progresa!
EN COMUNICACIÓN

C.E.D.I.F.

EDUCACION CON PRINCIPIOS Y VALORES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Angie Denys Castiblanco

Con Cédula de Ciudadania No. 1.013.623.997 de Bogotá

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;

CURSO DE PREVENCION Y MANEJO INTEGRAL DE LA FIEBRE AMARILLA

Dado en Bogotá a los 12 días del mes de mayo de 2025, con una intensidad de 60 horas y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:

JEFFERSON LEONARDO MORA
REPRESENTANTE LEGAL

C.E.D.I.F.

JORGE ARMANDO PARDO
FORMADOR

C.E.D.I.F.

EDUCACIÓN CON PRINCIPIOS Y VALORES

CORPORACIÓN EDUCATIVA DE FORMACIÓN INTEGRAL Y EMPRESARIAL

C.E.D.I.F.

OTORGA A:

Angie Denys Castiblanco

Con Cédula de Ciudadania No. 1.013.623.997 de Bogotá

EL PRESENTE CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL;

CURSO DE PREVENCION Y ATENCION INTEGRAL DEL DENGUE

Dado en Bogotá a los 12 días del mes de mayo de 2025, con una intensidad de 10 horas y una **vigencia de un año** para nueva actualización.

Firmado digitalmente por:

JEFFERSON LEONARDO MORA
REPRESENTANTE LEGAL

C.E.D.I.F.

JAIRO ARMANDO PARDO
FORMADOR

*La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante el escaneo con el código QR

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D C

LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO - OPS
DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 900.219.600-3

HACE CONSTAR:

Que entre el HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y el (la) señor (a) **ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.013.623.997** se celebró la Orden de Prestación de Servicios No. **1669/2012**. con fecha de inicio 08 de Octubre de 2012 hasta el 31 de Diciembre de 2012, Orden de Prestación de Servicios Nº **951/2013** con fecha de inicio de 02 de Enero de 2013 hasta el 30 de Septiembre de 2013, Orden de Prestación de Servicios Nº **2376/2013** con fecha de inicio de 09 de Octubre de 2013 hasta el 31 de Diciembre de 2013 , Orden de Prestación de Servicios Nº **1254/2014** con fecha de inicio de 02 de Enero de 2014 como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** , por un valor mensual de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. ($1.500.000)**; no existiendo vínculo laboral entre el Hospital y la persona mencionada.

Se expide la presente constancia en Bogotá D.C., a los veintiocho (28) días del mes de Enero de dos mil catorce (2014).

CLAUDIA LORENA CORTES ARIAS
Abogada

Copia: Archivo
Reviso: mlp
Elaboro: A T

Empresa Social del Estado

HUMANA

HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Salud con Sentido Humano. NIT. 830.077.444-9	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO	CODIGO: GJUFO514 APROBACIÓN: 06/08/2014 ÚLTIMA REVISIÓN: VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 2

HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HACE CONSTAR:

QUE UNA VEZ REVISADAS LAS BASES DE DATOS QUE SE ENCUENTRAN EL ÁREA JURÍDICA, SE CONSTATA QUE LA SEÑORA(OR) CASTIBLANCO TORO ANGIE DENYS IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA NO, 1013623997 SUSCRIBIÓ CON EL HOSPITAL DEL SUR ESE, LA ORDEN DE SERVICIO QUE SE RELACIONA MÁS ADELANTE, CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CONOCIMIENTOS COMO: APOYO Y SOPORTE TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PIC-PAI EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL HOSPITAL DEL SUR ESE. DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

No. De Contrato	Principal, adición, prorroga, modificación, aclaración, suspension, reinicio, adición y prorroga, adición y modificación (especificar)	Duración	Fecha de finalización D/M/AAAA	Valor del contrato
2449	Principal	VEINTIOCHO (28) DIAS CALENDARIO	30 DE SEPTIEMBRE DE 2014	1400000
2	Principal	UN (1) MES	31 DE OCTUBRE DE 2014	1500000
2709	Adicion y Prorroga	UN (1) MES	30 DE NOVIEMBRE DE 2014	1500000
2709	Adicion y Prorroga	UN (1) MES	31 DE DICIEMBRE DE 2014	1500000
282	Principal	QUINCE (15) DIAS CALENDARIO	16 DE ENERO DE 2015	750000
1	Principal	QUINCE (15) DIAS CALENDARIO Y DOS (2) MESES	31 DE MARZO 2015	3750000
1753	Principal	CINCO (5) MESES	30 DE AGOSTO DE 2015	7774500
2959	Principal	DOS (2) MESES	31 DE OCTUBRE DE 2015	3109800

No. Contrato	Principal, adicion, prorroga, modificacion, Aclaracion, suspension, reinicio, adicion y prorroga , adicion y modificacion especifique.	Duracion	Fecha de finalizacion D M AÑO	Valor del contrato
1076	Principal	TREINTICINCO (35) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES	31 DE DICIEMBRE DE 2015	$1.000.000
441	Principal	TREINTICINCO (35) DIAS CALENDARIO	31 DE ENERO DE 2016	$1.750.000
987	PRINCIPAL	QUINCE (15) DIAS CALENDARIO	16 DE FEBRERO DE 2016	$750.000
1678	PRINCIPAL	CATORCE (14) DIAS CALENDARIO Y TRES (3) MESES	31 DE MAYO DE 2016	$8.400.000

Las ordenes relacionadas anteriormente no generan relación juridica laboral entre la entidad y el contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado a los DIEZ (10) DIAS DEL MES DE MARZO DE 2016

Atentamente,

RAMON SEGURA MOLINA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO
OFICINA JURIDICA-CONTRATACIÓN
HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Proyecto Patricia Boyaca

Hospital Mario Gaitán Yanguas

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CONTRATACION
SOACHA – CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

CERT- 414-2024

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

C E R T I F I C A

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA,** cambio de razón social a apartir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA,** coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona juridica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado.

Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que la señor (a), **ANGIE DENYS CASTIBLANCO TORO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía N° **1.013.623.997,** suscribió el siguiente contrato de prestación de servicios con La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA:**

N° CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
462-2017	TÉCNICA AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$9.800.000,00	05/01/2017 HASTA 31/07/2017
729-2017	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA	$2.066.666,00	01/08/2017 HASTA 13/09/2017
894-2017	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TÉCNICA AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA .	$2.240.000,00	14/11/2017 HASTA 31/12/2017
333-2018	PRESTACION DE SERVICIOS COMO TÉCNICA DE SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA .	$ 10,500,000.00	2/01/2018 HASTA 31/07/2018
1521-2018	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGIAS DE SOACHA	$ 6,000,000.00	3/09/2018 HASTA 30/12/2018
471-2019	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCION DEL CONVENIO INTERDMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA	$ 5,000,000.00	19/02/2019 HASTA 31/05/2019
651-2019	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE CUADRANTES SALUDABLES ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	$ 9,600,000.00	27/06/2019 HASTA 31/12/2019
698-2020	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TECNICO DE SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	$ 6,720,000.00	16/09/2020 HASTA 30/12/2020
500-2021	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TÉCNICO SALUD OCUPACIONAL, PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC 948-2021, ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS.	$ 10,803,760.00	15/03/2021 HASTA 31/07/2021
1042-2021	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TÉCNICO SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS YANGUAS	$ 3,960,000.00	15/09/2021 HASTA 30/09/2021
1193-2021	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TÉCNICO SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	$ 3,960,000.00	5/11/2021 HASTA 31/12/2021
460-2022	PRESTAR SERVICIOS ASISTENCIALES COMO TÉCNICO SALUD OCUPACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N°3394 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS –PSPIC ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA Y LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS	$11.880.000,00	04/01/2022 HASTA 30/062022

875-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA SUBGERENCIA COMUNITARIA EN EL DESARROLLO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE INTERADMINISTRATIVO NO 2241–2022, 2022 SUSCRITO ENTRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN SALUD SOACHA Y LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA PARA LA VIGENCIA 2022 CUYO OBJETO ES REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.	$8.712.000,00	05/08/2022 HASTA 31/10/2022
1363-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO TECNICO EN SALUD OCUPACIONAL PARA LA SUBGERENCIA COMUNITARIA EN EL DESARROLLO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE INTERADMINISTRATIVO NO 2241–2022, 2022 SUSCRITO ENTRE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN SALUD SOACHA Y LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA PARA LA VIGENCIA 2022 CUYO OBJETO ES REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.	$2.178.000,00	26/12/2022 HASTA 31/12/2022
962-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL EN DESARROLLO DE LA RESOLUCION 1032 DE 2024 EMITIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL POR LA CUAL SE EFECTUA UNA ASIGNACION DE RECURSOS DEL PRESUPUESTO DE GASTO DE FUNCIONAMIENTO, PARA EL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO, BASADO EN LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD A TRAVES DE LA CONFORMACION Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD	$ 12.000.000.00	23/07/2024 HASTA 18/12/2024

Se expide a solicitud de la interesada, a los diez (10) dias del mes de septiembre de 2024.

Dr. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Subgerente Administrativo y financiero.

Proyecto: María Leticia Vanegas García – Auxiliar Administrativo
Reviso: Dr. Yaasmin Rafael Deluque Toro - Referente de Contratación y Apoyo Especializado a la Oficina de Asesoría Jurídica.