| 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 |

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

**NOMBRES Y APELLIDOS: DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA**

**CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA**

| 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, 13 de Marzo de 2026

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

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Diana Marcela Vargas Chinchilla

Cargo _AUXILIAR ENFERMERIA

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

Cordialmente,

Diana Vargas

Nombre del Contratista
CC: 1024489544
Dirección: Cra 11 este # 15 A 64
Email: dinamarce0889@gmail.com
Teléfono/ Celular: 317 531 38 54

Diana Marcela Vargas Chinchilla



## Datos Personales

| | |
|---|---|
| ***NOMBRE*** | Diana Marcela Vargas Chinchilla |
| ***DOCUMENTO DE IDENTIDAD*** | 1.024.489.544 de Bogotá |
| ***FECHA DE NACIMIENTO*** | 08 de Febrero de 1989 |
| ***ESTADO CIVIL*** | Union Marital de hecho |
| ***CIUDAD*** | Soacha,Cundinamarca |
| ***DIRECCIÓN*** | kra 11e #15a -64 san Carlos |
| ***CELULAR*** | 3175313854 |
| ***CORREO*** | dinamarce0889@gmail.com |

## Competencia Profesional

*Me caracterizo por ser una persona honesta, responsable, respetuosa,enfocada hacia el cuidado y mejoramiento de la salud, con las debidas normas de bioseguridad.*

## Habilidades

- *Precisión al detalle.*
- *Disposición y conocimiento para trabajar en equipo.*
- *Capacidad de adaptación y motivación al cambio.*
- *Comunicación asertiva.*
- *Pro actividad, capacidad de aprendizaje*

## Estudios

***BACHILLERATO***: Institución Educativa La Despensa Soacha **2006**

**TÉCNICO:** Escuela de salud Teresa De Calcuta Auxiliar De Enfermería **2012**

***CURSOS:*** Diplomado en central de esterilización **(javeriana 2017)**

Atención a victimas de agentes químicos **(2026)**

Soporte vital básico **(2026)**

Capacitación víctimas de violencia sexual **(2026)**

Gestión del duelo en el área de la salud **(2026)**

Atención integral a victimas de abuso sexual **(2026)**

## Experiencia Laboral

***CLÍNICA AVIDANTI CIUDAD VERDE (Diacor Soacha)***
***CARGO***: auxiliar de enfermería central de esterilización
***FUNCIONES***: Recepción, lavado, verificación del instrumental quirúrgico de las diferentes especialidades, esterilización seleccionada según el material y su temperatura.
**FECHA: 16/04/2024 - 05/03/2026**
**JEFE INMEDIATO**: VIVIANA MANCERA TEL 3229519520

***SECRETARIA DE SALUD***
***SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E***
***CARGO***: auxiliar de enfermería en salud publica
***FUNCIONES***: auxiliar de enfermería en salud pública,seguimiento y acompañamiento de pacientes con epidemiología y vacunación
extra mural
**FECHA:20/08/2020 - 20/06/2022**
**JEFE INMEDIATO**: ANGÉLICA CASALLAS TEL: 4431790

***FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA FUNDONAL***
CARGO: auxiliar de enfermería central de esterilización
***FUNCIONES***: manejo y recepción de instrumental quirúrgico,manejo de de equipos termo sensibles, (autoclaves) lavado empaque y esterilización de los equipos, manejo de paquetes quirúrgicos.
**FECHA: 13/01/2019- 13/07/2020**
***JEFE INMEDIATO:*** **MARTHA SIERRA TEL: 3487333**

*PROFAMILIA IPS*
**CARGO**:auxiliar de enfermería central de esterilización
**FUNCIONES**: manejo y recepción de instrumental quirúrgico, manejo de equipos biomédicos (autoclaves) lavado, empaque y esterilización de los equipos, manejo de paquetes quirúrgicos.
**FECHA:** 21/01/2019 - 21/10/2019
**JEFE INMEDIATO**: Jessica Ricardo **TEL: 3390900**

*MEDIPORT CIRUGIA AMBULATORIA*
**CARGO**: auxiliar de enfermería central de esterilización
***FUNCIONES***: manejo y recepción de instrumental quirúrgico, manejo de equipos biomédicos (autoclaves) lavado, empaque y esterilización de los equipos, manejo de paquetes quirúrgicos.
**FECHA: 06/01/2018 - 20/12/2018**
***JEFE*** **INMEDIATO**: Alejandra bustos Beltrán **TEL:4863290 EXT:1075**

*CAJA DE COMPENSACION CAFAM*
**CARGO**: auxiliar de enfermería esterilización
***FUNCIONES***: manejo de instrumental quirúrgico y odontológico
procesos de lavado, secado, empaque y esterilización.
**FECHAS**:01 / OCTUBRE / 2015 - 14/AGOSTO / 2017
**JEFE INMEDIATO**:María Del Pilar Jojoa TEL:313 3754603

**CLINICA DE MARLY**
**CARGO**:Auxiliar de Esterilización

**FUNCIONES:**
Manejo y esterilización de Instrumental quirúrgico
***JEFE:****Laura* Torres TEL: 311 5535128
**INGRESO: 27 de enero del 2014**
**RETIRO: 24 de julio del 2015**

Diana Vargas

***Diana Marcela Vargas Chinchilla***
**CC:1024489544**

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.024.489.544

NUMERO

VARGAS CHINCHILLA

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Marcela Vargas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-FEB-1989

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

29-MAR-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500119-47160382-F-1024489544-20070610 01601 07161B 02 228417921

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 292628383

PIB
15:42:17


Bogotá DC, 09 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024489544:

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

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 1024489544 **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 15/03/2026 05:49 PM

Código Verificación: **EWUV47FZRN**

Válida hasta: **13/06/2026**

---

**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

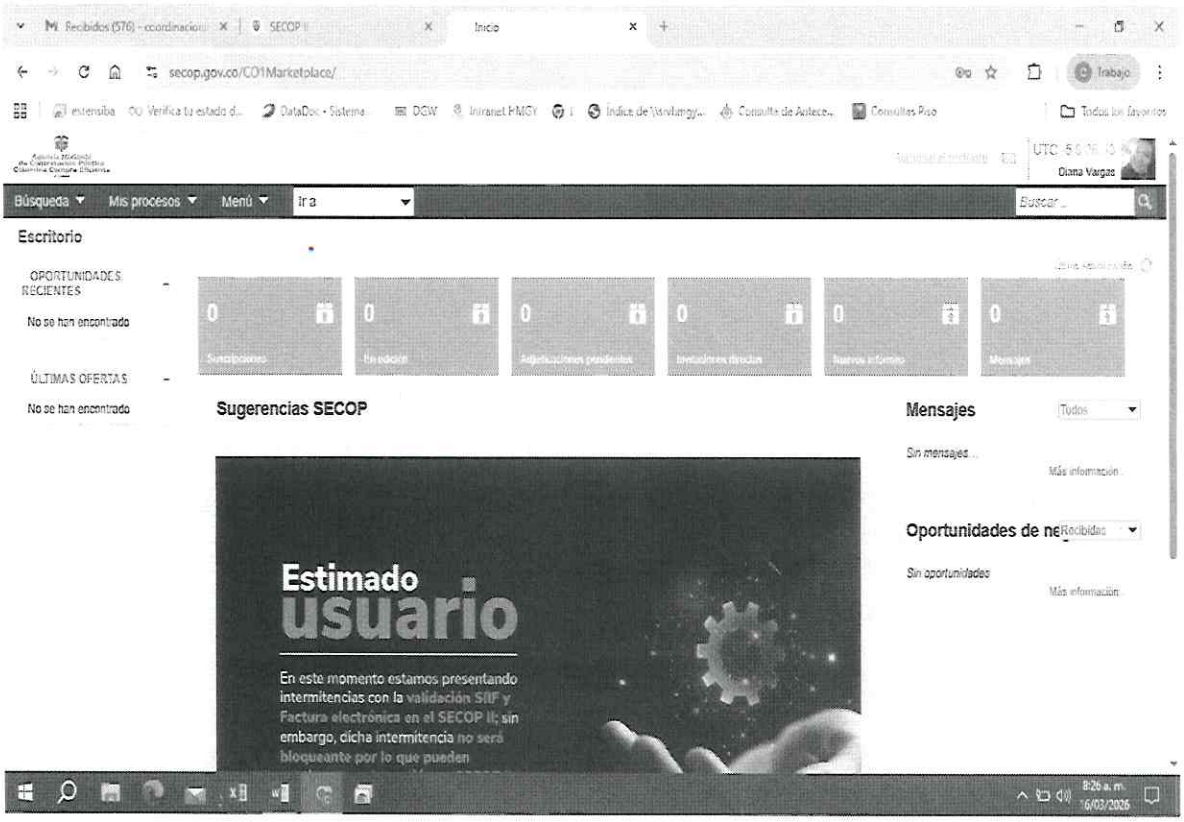
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:10:37 horas del 15/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1024489544,** Apellidos y Nombres **VARGAS CHINCHILLA DIANA MARCELA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital mario gaitan yanguas**, con NIT **800006850-3** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta


Inicio
secop.gov.co/CO1Marketplace/
Trabajo
Diana Vargas
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Sugerencias SECOP
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información...
Oportunidades de ne
Recibidas
Sin oportunidades
Más información...
Estimado
usuario
En este momento estamos presentando intermitencias con la validación SIIF y Factura electrónica en el SECOP II; sin embargo, dicha intermitencia no será bloqueante por lo que pueden
8:26 a. m.
16/02/2026

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141240705334

(415)7707212489984(8020) 000014124070533 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 4 4 8 9 5 4 4 | 2 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1024489544 | |

| 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 |
|---|---|---|---|
| VARGAS | CHINCHILLA | DIANA | MARCELA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

41. Dirección principal
CR 11 ESTE 15 A 64 AP 401 BL B 11

42. Correo electrónico dinamarce0889@gmail.com

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

## 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 9 | 2 0 2 6 0 3 1 5 | | | | | | 5 1 3 2 | |

## 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 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-03-15 / 06:00:44PM

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 VARGAS CHINCHILLA DIANA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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

| FECHA: | 2026-03-16 | CIUDAD: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUB | | OTRO | | CUAL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| DIANA | MARCELA | VARGAS | CHINCHILLA |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 1 024 489 544 | BOGOTA | 2007-03-29 |
| PASAPORTE | OTRO | | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 8 FEBRERO DE 1989 | BOGOTA | COLOMBIA | COLOMBIANA |

| ESTADO CIVIL | | | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) | CASADO(A) | DIVORCIADO(A) | UNION LIBRE | X | VIUDO(A) | 2 | 2 | 317 531 38 54 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CARRERA 11 ESTE # 15 A 64 | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | N/A |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| dinamarce0889@gmail.com | N/A | PROPIA | FAMILIAR X | ARRENDADA |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| MIRANDA | DIAZ | MILTON | ARIEL |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 79 995 883 | BOGOTA | 1999-03-17 |
| PASAPORTE | OTRO | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO | NACIONALIDAD: |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

| GRAN CONTRIBUYENTE | | | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | | NO | X | | SI / NO X | | SI / 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GOBIERNO | | SERVICIOS | | SALUD X | | | | |

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | $ 1.500.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | $ 2.500.000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | $ 0 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | $ 2.500.000 | TOTAL EGRESOS | $ 1.500.000 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

**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 |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ | | RUBIELA | |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| | SOACHA | AMISTAD | 3102675778 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BANCO BOGOTA | cuenta de ahorros | 272380064 | SOACHA | |

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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

**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 articulo 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 requeriria 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 Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

Diana Vargas

**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

compensar | salud eps

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación | Fecha de Radicación (Día Mes Año)

08 ABR 2026

Cod. 664 Martha Aurora Ortiz Barrero
SUJETO A VERIFICACIÓN

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Individual • Cotizante o cabeza de familia; • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectivo; C. Institucional; D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si; No
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario; D. Afiliado adicional
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
7. Código a registrar por la EPS: 59

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

8. Apellidos y nombres
9. Tipo de documento de identidad
10. Número de documento de identidad
11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]
12. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad
14. Lugar de nacimiento
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN Si [ ] No [ ]
20. Clasificación SISBEN Nivel [ ] Grupo [ ]
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia
Localidad/Comuna
Zona: Cabecera Municipal [X]; Centro Poblado [ ]; Rural Disperso [ ]; Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País; Departamento; Municipio
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

35. Apellidos y nombres

| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B2 | | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B3 | | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B4 | | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
| B5 | | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. No. del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico: Femenino | 39. Sexo biológico: Masculino | 40. Sexo identificación: F | M | T | NB | Otro | Cuál? | 41. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 42. Fecha de nacimiento (Día Mes Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

## Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. Pureriezo | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN: SI | 47. NO | 48. Clasificación SISBEN: Nivel | Grupo | 49. Discapacidad: SI | NO | Categoría de discapacidad | 50. Incapacidad permanente: SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| Departamento | Municipio/ Distrito | Cabecera Municipal | Centro Poblado | Rural disperso | Resto Rural | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Powered by CamScanner

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **VARGAS CHINCHILLA DIANA MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.024.489.544** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2022 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 09 de marzo de 2026.

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 COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Vargas | Chinchilla | Diana Marcela |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1024489544 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 08 MES 02 AÑO 1989 | CARRERA 11 ESTE 15A 64 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | CUNDINAMARCA |
| DEPTO | BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO | SOACHA | | |
| MUNICIPIO | BOGOTÁ. D.C. | TELÉFONO | | EMAIL | dinamarce0889@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

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

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 4 | X | | TECNOLOGIA EN SALUD COMUNITARIA Y ATENCION HOSPITALARIA BASICA | 06 | 2012 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

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

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>clinica avidanti ciudad verde | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CUNDINAMARCA | MUNICIPIO<br>SOACHA | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3175313854 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 15 | Mes | 04 | Año | 2024 | Día | 15 | Mes | 03 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>143- AUXILIAR DE ENFERMERIA | DEPENDENCIA<br>4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>AVENIDA potrero grande con calle 33 | | | | | |

## 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 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1 | 11 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 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 25-03-2026

Diana Vargas

*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.

Soacha 25-03-2026

*Ciudad y fecha*

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

Función Pública | sigepII

| ENTIDAD RECEPTORA |
| --- |
| HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA |

**Período Declarado:** 01/01/2025 - 31/12/2025

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Marcela Vargas Chinchilla

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1024489544 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 11 ESTE 15A 64 TELÉFONO: 3175313854

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
| --- | --- | --- |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN 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 |
| --- | --- |
| HONORARIOS | $2.000.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $2.000.000 |

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 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| | CUENTA DE AHORROS | 272380064 | SOACHA | 7.500 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
| --- | --- | --- |
| | 1024489544 | 52.000.000 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
| --- | --- | --- |
| FONDO NACIONAL DEL AHORRO | CREDITO VIVIENDA | 40.000.000 |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
| --- | --- |
| | |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
| --- | --- |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | N° |
| --- | --- | --- |
| MILTON ARIEL MIRANDA DIAZ | C.C. **X** C.E. T.I. | 79995883 |

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
| --- | --- |
| | |

| 3. FIRMA | |
|---|---|
| Diana Vargas. | Soacha 25-03-2026 |
| FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA | CIUDAD Y FECHA |

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

Soacha, 13 Marzo de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Diana Marcela Vargas Chinchilla identificado(a) con cedula No. 1024 489 544 interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar de Enfermería manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

***Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:***

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Diana Vargas.

C.C. 1024489544

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE INDEMNIDAD | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO:** Gerencia del talento humano, Jurídica | CÓDIGO | JUR_FTO_02 |
| | | VERSIÓN | 01 |
| | | VIGENCIA | 31/10/2023 |

**Soacha, de 13 Marzo de 2026**

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

Yo Diana Marcela Vargas Chinchilla identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1024489544 de Bogota por medio del presente documento me permito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Diana Vargas

C.C. No. 1024489544 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 Colpatria**

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

| | |
|---|---|
| Nombre y apellido: | Diana Marcela Vargas Chinchilla |
| N.° Documento: | 1024489544 |
| Fecha de Nacimiento | 8 Febrero de 1989 |
| Dirección: | Cra 11 este N 15 A 64 Soacha San Carlos |
| Teléfono. Fijo – Celular: | 317 531 38 54 |
| E-mail: | dinamarce0889gmail.com |
| EPS: | Compensar |
| AFP: | Protección |
| Firma Contratista: | Diana Vargas |

.....

**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.**

AXA COLPATRIA

## INGRESO INDEPENDIENTE

### DATOS DE LA EMPRESA

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

### DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| **Tipo de documento:** | C.C. |
| **Número de documento:** | 1024489544 |
| **Nombre:** | DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA |
| **Fecha Inicio contrato:** | 14/04/2026 |
| **Fecha Fin contrato:** | 30/06/2026 |
| **Fecha Inicio cobertura:** | 15/04/2026 |
| **Número contrato:** | 15308 |
| **Nit empresa en misión:** | 0 |
| **Código Sucursal** | SUCURSAL 1 |
| **Centro de trabajo** | CTRAB 003 |
| **Fecha hora transacción:** | 14/04/2026 03:26:16 p. m. |

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

Soacha 13 Marzo de 2026

Señores:

ESCUELA DE ENFERMERIA TERESA DE CALCUTA

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

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

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

Cordialmente;

Firma Diana Vargas.

N° Documento 1024489544.

Tarjeta Profesional N 1024489544.

Dirección de contacto Cra 11 Este # 154-64

Teléfono 3175313854

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.**

Yo, Diana Marcela Vargas Chinchilla _, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1024489544 expedida en Bogotá , en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN 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 REGIÓN 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 REGIÓN 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 SÉPTIMA:** 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 DÉCIMA:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

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

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 DÉCIMA 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 DÉCIMA 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 DÉCIMA 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 REGIÓN DE SALUD SOACHA**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | MARCAR CON X |
|---|---|---|
| 1 | BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS | X |
| 2 | APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN:<br>• DATADOC<br>• SIVIGILA<br>• SIVISALA<br>• MANGO<br>• PAI WEB<br>• DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA<br>• PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES | X |
| 3 | FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICAS | X |
| 4 | HISTORIAS CLÍNICAS | X |
| 5 | BASES DE DATOS SISBEN – RÉGIMEN SUBSIDIADO – RÉGIMEN CONTRIBUTIVO | X |
| 6 | INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL | X |

Para constancia se firma en Soacha, a los 13 Marzo de 2026



Diana Vargas.

Firma y huella

3175313854.

Celular No.

Correo institucional

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

Soacha 13 Marzo de 2026

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

Yo _Diana Marcela Vargas Chinchilla con C.C. 1024 489 544 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,

Diana Vargas
C.C. 1024 489 544

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
3102527169

## PÓLIZA No: 310 -89 - 994000001494 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA COD. AGE: 310 RAMO: 89 PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN DIA | MES | AÑO | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | VIGENCIA DESDE DIA | MES | AÑO | HORAS | VIGENCIA HASTA DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 03 | 2026 | | 11 | 03 | 2026 | 23:59 A LAS | 11 | 03 | 2027 | 23:59 A LAS | 365 | 11 | 03 | 2026 |

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

| VIGENCIA DEL ANEXO | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | 03 | 2026 | 23:59 A LAS | 11 | 03 | 2027 | 23:59 A LAS | 365 |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: DIANA MARCELA VARGAS IDENTIFICACIÓN: CC 1024.489.544
DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO: 3175313854

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: DIANA MARCELA VARGAS IDENTIFICACIÓN: CC 1024.489.544
DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO: 3175313854
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA CIUDAD: SOACHA

DIRECCION: CARRERA 11 ESTE #15 A - 64

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

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

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

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ ***100,000,000.00 | $ **********54,950 | $****15,000.00 | $ *******13,291 | $ **********83,240 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| GERMAN RICARDO CLAVIJO BENITO | 8136 | 100.00 |

**COASEGURO CEDIDO**

| NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

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

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PAGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENU "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y, OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000310252716

Diana Vargas
FIRMA TOMADOR

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

CDD9207A0A0DFB7F59 CLIENTE GRICARDO 0

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

Compañía de Seguros

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Defensor del Consumidor Financiero – Principal:** Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
**Dirección:** Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
**Horario:** Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 p.m **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA COD. AGENCIA: 310 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001494** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DIANA MARCELA VARGAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1024.489.544**

ASEGURADO: **DIANA MARCELA VARGAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1024.489.544**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA
ASEGURADO: DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CARRERA 11 ESTE #15 A - 64
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermeria
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermeria

VIGENCIA: 365 dias, a partir del dia 11 del mes de 03 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: limite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublimite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublimite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automatico de la suma asegurada.
Definición de Sublimite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) dias.
Aviso de Siniestro: treinta (30) dias.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA COD AGENCIA: 310 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001494** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DIANA MARCELA VARGAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1024.489.544**

ASEGURADO: **DIANA MARCELA VARGAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1024.489.544**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter cientifico-experimental durante ensayos clinicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el ultimo remedio para el paciente a raiz de su condicion, cuya aplicacion haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de cientifico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño fisico causado por el Asegurado a un paciente.
Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
Reclamaciones por cirugia bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clinicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del pais de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivacion intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCION QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, segun texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Poliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: AVENIDA SUBA COD. AGENCIA: 310 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000001494** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DIANA MARCELA VARGAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1024.489.544**

ASEGURADO: **DIANA MARCELA VARGAS** IDENTIFICACIÓN: CC **1024.489.544**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relacion con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMATICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra informacion de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Articulo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantias estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantia da lugar a las sanciones que establece el articulo mencionado.

CLIENTE

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

1

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

## Certificado de vacunación

Nombres: Diana Marcela

Apellidos: Vargas Chinchilla.

Documento de identidad: C.C. X C.E. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1024481544

Fecha de nacimiento: Día 0 8 Mes 0 2 Año 1 9 8 9

Powered by CamScanner

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Cédula del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 15/04/2021 | PFIZER | ER9449 | CU 80. | Johan Paez | 1024531123 |
| | 2 | 09/05/21 | Pfizer | ET6824 | Ciudadela de Salud | Tatiana Rios Z. Enfermera Auxiliar C.C. 1007783040 | |
| | | 10-02-22 | Pfizer | FZ10953 | SRCO | Sergio Gualtero O. Aux. Enfermería C.C. 1.000.249.098 | |

Powered by CamScanner

# HERSQ

# CARNET DE VACUNACION

| | |
|---|---|
| Nombre: | DIANA MARCELA |
| Apellidos: | VARGAS |
| Doc. identidad: | 1.024.489.544 |
| Fecha de nacimiento: | 8/02/1989 |
| Tel: | 317 537 38 54 |



| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS B | 1a | ✓ 27/02/2018 | 1434023-05 | |
| | 2a | 25 AGO 2022 | HEPATITIS B 220500123C ene-26 | |
| | 3a | 12 ABR 2024 | | |
| | R | | | |

Compensar | salud
IPS ESENCIAL

| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA | 1a | | | |

| | Dosis | Fecha de Aplicación | Lote No. | Firma |
|---|---|---|---|---|
| VARICELA | 1a | | | |

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Diana Marcela

Apellidos: Vargas chiachile

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No. 1024409544

Fecha de Nacimiento: Día 08 Mes 02 Año 1989

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | 13-8-20 | 0127M074 8/21 | USS Orencanta |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 30 JUL. 2015 | D222191 | |
| | 2 | 30 junio 2006. | | |
| | 3 | 14 Nov 2016. Postenal. | | |
| | 4 | 27 feb 2018. | | |
| | 5 | 13-8-20 | 2338D044E 4/25 | USS Orencanta |
| Contra Hepatitis B | 1 | 30 JUL. 2015 | UFX1400389 11 | |
| | 2 | Agosto 30 2015 | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| | | | | |
| Contra Influenza | Anual | 13-8-20 | AFLBA442AA BAO 4/25 | USS Orencanta |
| | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

41300424

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre | VARGAS CHINCHILLA DIANA MARCELA | | |
| Identificación | CC 1024489544 | Tel. | 999999999 |
| Edad | 35 Años 2 Meses 5 Dias | Sexo | F |
| Médico | MEDICOS VARIOS | | |
| No. Ordenamiento | CL002144---8509--4215- | | |
| Fecha de nacimiento | 08-feb.-1989 | | |

| | |
|---|---|
| Fecha de recepción: | 13/04/2024 |
| Fecha Muestra | 13/04/2024 |
| Fecha de impresion: | 15/04/2024 |
| Empresa | DIACOR SOACHA ZONA FRANCA S A S |
| Sede | REFERENCIA |

Copia

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE** | **MAYOR DE 1000** | mUI/mL | |
| **Metodo: Quimioluminiscencia** | | | |

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9.0 mUI/ml
Indeterminado: De 9.0 a 11.0 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11.0 mUI/ml

JORGE ARMANDO MIRANDA RAVELO
C.C 8.883.997
BACTERIOLOGO
14-abr.-2024 5:39 am

SANDRA MARCELA GARCES SUAREZ
C.C 51969269
BACTERIOLOGA
14-abr.-2024 9:28 am

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL PRE INGRESO SALUD



**Fecha:** 10 Mar 2026. **Hora:** 01:06:03 p.m.
**Apellido:** VARGAS CHINCHILLA
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1024489544
**Direccion:** CR 11 ESTE N 15 A 64
**Estado Civil:** Union Libre **EPS:** COMPENSAR
**Empresa:** Particular
**Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA
**IPS que Atendio: . Ciudad de Atención:**

**HC:** # 90616
**Nombre:** DIANA MARCELA
**Sexo:** Femenino ♀
**ARL:** SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A
**Ciudad:** SOACHA- CUNDINAMARCA

**Edad:** 37 años
**Rh:** O+
**Nacim:** 08/Feb/1989
**AFP:** PROTECCION

**Examenes Realizados**

Evaluacion Osteomuscular, Examen Medico Ocupacional Basico, Visiometria.

**Concepto**

APTO CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO.

**Recomendaciones**

VALORACION NUTRICIONAL POR EPS
SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Otras: - ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
- SE SUGIERE PROTECCIÓN DE ACUERDO A SU ACTIVIDAD Y A LA IMPLEMENTADA POR LA EMPRESA.
- DIETA BALANCEADA RICA EN FRUTAS Y VEGETALES /BUENA HIDRATACION.
- REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 45 MINUTOS MINIMO 3 VECES POR SEMANAS.
- REQUIERE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA REALIZAR ACTIVIDADES UNICAMENTE EN VISION PROXIMA.CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL.
- MANTENER UNA ADECUADA POSTURA CORPORAL Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES
- CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO..

**Observaciones**

*Este certificado se emite dando cumplimiento a la resolución 1843 de 2025 emanada del ministerio del trabajo . el titular de este certificado ; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo , a las declaraciones del paciente y las evaluaciones realizadas , la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR .Se prohibe la alteración parcial o total de la información aquí contenida ya que se pone en riesgo el cuidado en la salud del trabajador. VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO . se notificará al ministerio del trabajo cualquier alteración de este documento.*

JULIBETH ESTHER BRITO ESCUDERO
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
**Lic. de S.O #:** 5334/2023

Diana Vargas

DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA
CC 1024489544

**Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha**
**Tel.: 900 21 46**
**Cel: 312 511 87 55**
**E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com**
**comercial@servirips.com**

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre la
Institución Educativa

# La Despensa

Soacha - Cundinamarca

Aprobada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución N° 002496 del 30 de Noviembre de 2001 y conformada como Institución Educativa por Decreto Municipal N° 002 del 17 de Enero de 2003

Confiere a:

## Vargas Chinchilla Diana Marcela

890208-71238 Bogotá

El título de

# Bachiller Académico

Con Énfasis en el Área Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, Artículo 28 Ley 115 de 1994; según los planes y programas vigentes

Libro de Registro N° 01

Acta N° 031 Folio N° 087

Rector

Napoleón Ríos Ximestroza

Secretaria

Edna Marisol Cubillos Mora

Soacha, 09 días del mes de Diciembre del año 2006

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según decreto N° 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

**INSTITUCION EDUCATIVA «LA DESPENSA»**
Jornada Mañana y Tarde
Transversal 8ª No. 13-20 Teléfono: 778 18 15 - 719 28 85
Soacha - Cundinamarca

**NIT.** 832.002.383-3 **INSCRIPCIÓN DANE No.** 125754000713

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En Soacha - Cundinamarca, a los nueve (9) días del mes de Diciembre del año 2006, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA «LA DESPENSA»**, Jornadas Mañana y Tarde. Institución aprobada hasta nueva fecha en los Niveles de Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Vocacional. Y aprobada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO** con énfasis en el Área Comercial, según Resolución No. 002496 del 30 de Noviembre de 2.001 y conformada como Institución Educativa La Despensa por el Decreto Municipal No. 002 del 17 de Enero de 2.003.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes, que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el:

**TÍTULO DE**
**BACHILLER ACADÉMICO**
**CON ÉNFASIS EN EL ÁREA COMERCIAL**

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

**Vargas Chinchilla Diana Marcela**

890208-71238 Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.031, Folio No. 087 de fecha nueve (09) de Diciembre del año 2006, que consta de 169 estudiantes graduados; que comienza con el nombre de **ALDANA SANDOVAL JONATAN** y se cierra con el nombre de **ZUBIETA PÉREZ JHONATAN MAURICIO.**

Firmado por:
**NAPOLEÓN RÍOS HINESTROZA** Rector y
**EDNA MARISOL CUBILLOS MORA** Secretaria Académica

Dada en Soacha, Cundinamarca, a los nueve (09) días del mes de Diciembre del año 2006

Firmada y Sellada

**NAPOLEON RIOS HINESTROZA**
C. C. No. 11.787.867 de Quibdó
Rector

**EDNA MARISOL CUBILLOS MORA**
C. C. No. 52.299.093 de Bogotá
Secretaria Académica

Nota: Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982 no se requiere autenticación de firmas

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# ESCUELA DE SALUD
# TERESA DE CALCUTA

## Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaría de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

## CERTIFICA

**QUE:** *Diana Marcela Vargas Chinchilla*

C.C. 1.024.489.544 De Bogotá D.C.

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley.
Con una intensidad de 1800 horas.

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

## TÉCNICO LABORAL EN
## AUXILIAR EN ENFERMERÍA

**JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ**
**Representante Legal**

**LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES**
**Directora Académica**

Dado en Soacha (Cundinamarca) a los 16días del mes de Junio de 2012
Anotado en el Folio C 1600 del Libro 01 del Registro de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

## Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 056 del 17 de Diciembre de 2003 y Licencia de Funcionamiento N° 019 del 07 de Mayo de 2004, Emanada de La Secretaria de Educación del Municipio de Soacha (Cundinamarca). Actualización de programas, Acuerdo N° 075 del 6 de Abril de 2009, Emitido por el Ministerio de la Protección Social Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

**ACTA GENERAL N° C 022** **ACTA INDIVIDUAL N°C 1600**

En Soacha (Cundinamarca) el día 16 de Junio del año 2012se reunieron en el aula Múltiple de la Escuela de Salud Teresa de Calcuta, la Representante Legal, la Directora General, La Directora Académica y el cuerpo de Docentes. Previo Juramento de rigor se le hizo entrega a:

*Diana Marcela Vargas Chinchilla*

C.C 1.024.489.544 De Bogotá D.C.

Le confiere el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

**TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de ley.

Para constancia se firma la presente en Soacha (Cundinamarca) a los 16 Días del mes de Junio del año 2012.

**JENNY MARCELA GALINDO GÓMEZ**
**Representante Legal**

**LADY MILENA VELÁSQUEZ TORRES**
**Directora Académica**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

**CERTIFICADO DE INSCRIPCION**

DIANA MARCELA
VARGAS CHINCHILLA
C.C. 1024489544

**AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Expedicion 16/01/2013

Identificación Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

Departamento de
CUNDINAMARCA

# RESOLUCION No. 25-4699
# 01- DE NOVIEMBRE DE 2012

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

## LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad legales conferidas por las Resoluciones No.8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1875 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanadas del Ministerio de Salud, y Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud, y

## CONSIDERANDO:

Que **DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadania **No.1024489544 DE BOGOTÁ D.C.,** solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según **CERTIFICADO** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA-SOACHA-CUNDINAMARCA según ACTA GENERAL No.C22 - ACTA INDIVIDUAL No.C1600 de fecha 16-DE JUNIO DE 2012.**

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2°. De la Resolución 08211 de 1989.

## RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.-** Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como **AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** conferido a **DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadania **No.1024489544 DE BOGOTÁ D.C.,** según **CERTIFICADO** que le otorgó **LA ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA-SOACHA-CUNDINAMARCA** según **ACTA GENERAL No.C22 - ACTA INDIVIDUAL No.C1600 de fecha 16-DE JUNIO DE 2012.**

**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.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C. a **01- DE NOVIEMBRE DE 2012**

**ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO**
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyectó: BLANCA FLOR M.S.
Revisó: JAIME TABORDA

4317

**Bogotá D.C.** 16/Enero/2013
**A la fecha notifiqué personalmente al**
**Señor(a)** Diana Marcela Vargas Chinchilla
**CC No.** 1024489544 Bogotá
**Firma** Diana Vargas.

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1024489544 | DIANA | MARCELA | VARGAS | CHINCHILLA | 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) DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA identificado(a) con CC 1024489544 registra La siguiente información:

2026-03-09--4:06:32 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| **AUX** | **Local** | **Auxiliar de enfermería** | **2012-11-01** | **4699** | **DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD** |

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).

2025

Constancia

Campus virtual zentria

zentria

AVIDANTI

22 de enero de 2025

# DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA

Finalizó satisfactoriamente el curso:

## ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS

Recursos Humanos HUB Centro

Recursos Humanos
HUB centro

Código No. CT-UB-76290049-c426-409c-acdd-360e461d22ec
UBITS confirma la identidad de la persona y su finalización de este contenido

2025

Constancia

Campus virtual zentria

zentria

AVIDANTI

26 de enero de 2025

# DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA

Finalizó satisfactoriamente el curso:

## VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Recursos Humanos HUB Centro

Recursos Humanos
HUB centro

Código No. CT-UB-0d7621ef-4728-4b78-bf65-1351e96c1b6c
UBITS confirma la identidad de la persona y su finalización de este contenido

2025

Constancia

Campus virtual
zentria

zentria

AVIDANTI

22 de enero de 2025

# DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA

Finalizó satisfactoriamente el curso:

## GESTIÓN DEL DUELO

Recursos Humanos HUB Centro

Recursos Humanos
HUB centro

Código No. CT-UB-08cf30e5-b73b-496c-8c38-c4d29faa3903
UBITS confirma la identidad de la persona y su finalización de este contenido

# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# REGION DE SALUD SOACHA

## CERTIFICA QUE:

*Diana Marcela Vargas Chinchilla*

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL**
CAPACITADOR

**DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: marzo 25, 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

Powered by CamScanner

2025

Constancia

Campus virtual zentria

zentria

AVIDANTI

22 de enero de 2025

# DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA

Finalizó satisfactoriamente el curso:

## DENGUE

Recursos Humanos HUB Centro

Recursos Humanos
HUB centro

Código No. CT-UB-42b5f543-3027-465d-81cd-019489c8092f
UBITS confirma la identidad de la persona y su finalización de este contenido

2025

Constancia

Campus virtual
zentria

zentria

AVIDANTI

11 de marzo de 2026

# DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA

Finalizó satisfactoriamente el curso:

## Protocolo de fiebre amarilla

Recursos Humanos HUB Centro

Recursos Humanos
HUB centro

Código No. CT-UB-3dab47ec-c1e9-4edd-9188-1c46a2f1d9ef
UBITS confirma la identidad de la persona y su finalización de este contenido

# Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno YZ5FWTLQUE certifica que

## Diana Marcela Vargas Chinchilla

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1024489544

Finalizó exitosamente el curso Básico de

## Soporte Vital Básico (BLS/SVB)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia
a partir del día 12 de Marzo de 2026

CÚI: YZ5FWTLQUE

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certific[illegible] desde www.modelorecursivoformacional.co[illegible]legalidad/ o línea 3212199593.

# Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno 8HJJWVPXBR certifica que

## Diana Marcela Vargas Chinchilla

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1024489544

Finalizó exitosamente el curso Básico de

## Toma, Transporte y Conservación de Muestras de Laboratorio Clínico (TML)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 12 de Marzo de 2026

CÚI: 8HJJWVPXBR

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certificado desde www.modelorecursivoformacional.co legalidad/ o línea 3212199593.

# Certieducación

Bajo Modelo Recursivo Formacional
ACREDITA MORFO - NIT: 1069731024 - 5

Bajo el Código Único Interno CK5C76FXPW certifica que

## Diana Marcela Vargas Chinchilla

Con Cédula de Ciudadanía (CC) N. 1024489544

Finalizó exitosamente el curso Básico de

## Pruebas en el Punto de Atención al Paciente (POCT)

con 45 horas de intensidad y un año de vigencia

a partir del día 12 de Marzo de 2026

CÚI: CK5C76FXPW

Puedes verificar la validez de este certificado

www.certieducacion.com
321 219 95 93

Alejandra Pinilla

Representante Legal
NIT: 1069731024-5

Profesional en Salud
RM 1010012384

El presente certificado se expide bajo el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Puedes conocer toda la normativa que se cumple en este certific[illegible] desde www.modelorecursivoformacional.c[illegible]legalidad/ o línea 3212199593.

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

VICERRECTORÍA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
EDUCACIÓN CONTINUA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Certifica que

## DIANA MARCELA VARGAS CHINCHILLA

*C.C. Nº 1.024.489.544*

Asistió al Curso

## CAPACITACIÓN EN CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN

Realizado del 23 al 25 de agosto de 2017 con una intensidad de 24 horas.
En constancia se expide el presente certificado y se refrenda con las respectivas firmas.

**Luis Fernando Álvarez Londoño, S.J.**
Vicerrector de Extensión
y Relaciones Interinstitucionales

**Fabiola Castellanos Soriano**
Decana
Facultad de Enfermería

Bogotá, D.C., agosto de 2017

7441144047

Powered by CamScanner