Plato Magdalena

Señor
Edgar Valverde
Gerente
E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON.
Plato magdalena

Mi nombre **LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.081.912.921 profesional en el área de psicología, egresada de la universidad simón bolívar en el año 2015.

Con varios años de experiencia en evaluación, diagnóstico, tratamiento, investigación y prevención de problemas psicológicos, emocionales y conductuales. Mi trayectoria profesional ha afianzado toda una serie de habilidades como es la capacidad de observación y carácter resolutivo.

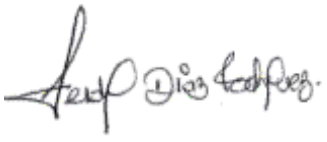
Además de mi sólida base educativa tengo un gran valor vocacional por el cuidado la salud de los pacientes.

PROPUESTA ECONÓMICA.

Teniendo en cuenta el objetivo, mis cualidades y conocimientos, mi propuesta de honorarios mensuales seria entre tres millones de pesos y seis millones de pesos.

Agradezco su colaboración y quedo atenta a una respuesta positiva para fijar acuerdos.

Atte.



LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ
CC No. 1.081.912.921

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Libertad y Orden

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
DIAZ	RODRIGUEZ	LEIDYS PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAIS ○ No. 1. 081. 912. 921

SEXO: F ○ X M ○

NACIONALIDAD: COL. X ○ EXTRANJERO ○ *PAÍS* COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 08 MES 10 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO PLATO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 4 # 6- 30

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO PEDRAZA

TELÉFONO 3022409105 EMAIL leidyspaolad@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 2005
				x						x	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*				*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		PSICOLOGA	16	2	0	1	1	152062

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
;ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	PLATO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4852033	08 julio AÑO 2025	DÍA 30 MES 11 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA	EBS - EQUIPOS BASICOS DE SALUD	Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	PLATO	hospitalfrayluis50@yahoo.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4852033	DÍA 15 MES 08 AÑO 2024	DÍA 15 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA	EBS - EQUIPOS BASICOS DE SALUD	Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION SOL VIVIR AFROCOLOMBIANO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	PEDRAZA (Bahía Honda)	COLOMBIA

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3046293765 - 3206050878	DÍA 15 MES 08 AÑO 2024	DÍA 30 MES 11 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PROF. PSICOSOCIAL	TEJIENDO INTERCULTURALIDAD	Carrera 7 No 6-50 Corregimiento de Bahía Honda - Municipio de Pedraza,

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	PLATO	hospitalfrayluis50@yahoo.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4852033	DÍA 04 MES 03 AÑO 2024	DÍA 31 MES 07 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA	EBS - EQUIPOS BASICOS DE SALUD	Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* hospitalfrayluis50@yahoo.com
TELÉFONOS 4852033	*FECHA DE INGRESO* DÍA 02 MES 10 AÑO 2023		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PIC- PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA		*DIRECCIÓN* Vía 14 kra 11 esquina, carretera de los contenedores

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO COMUNITARIO DE COMUNIDADES NEGRAS AFROCOLOMBIANAS - COTORE	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PEDRAZA (Bahía Honda)		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* Cotore2023@gmail.com
TELÉFONOS 3046293765 - 3206050878	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 08 AÑO 2022		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 09 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOSOCIAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* Carrera 7 No 6-50 Corregimiento de Bomba - Municipio de Pedraza,

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION POR UNA COLOMBIA DIGNA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* funcodig@gmail.com
TELÉFONOS 313 509 99 48	*FECHA DE INGRESO* DÍA 06 MES 10 AÑO 2021		*FECHA DE RETIRO* DÍA 06 MES 08 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE ATENCION FAMILIAR		*DIRECCIÓN* Cra. 57 N° 99 A 65 Ofic: 301 B/quilla

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ICBF	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 4214762	*FECHA DE INGRESO* DÍA 22 MES 01 AÑO 2020		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISION	*DEPENDENCIA* Grupo de Asistencia Técnica		*DIRECCIÓN* AV FERROCARRIL CRA 12 # 25 _55

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORDESCO	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* PLATO		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* corporacioncordesco@yahoo.com
TELÉFONOS 3004975570	*FECHA DE INGRESO* DÍA 15 MES 01 AÑO 2019		*FECHA DE RETIRO* DÍA 30 MES 10 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN* Calle 5 # 13 – 55 barrio el centro

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORDESCO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO PLATO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD corporacioncordesco@yahoo.com	
TELÉFONOS 3004975570	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 12 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Calle 5 # 13 – 55 barrio el centro	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ICBF	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO PLATO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 08 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISION	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CARRERA 15ª BARRIO SAN JOSE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ECODES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO PLATO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ecodesplato@gmail.com	
TELÉFONOS 4850046	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 01 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 08 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CARRERA 15ª BARRIO SAN JOSE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ECODES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO PLATO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ecodesplato@gmail.com	
TELÉFONOS 4850046	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 01 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CALL 3 N° 13ª - 38	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD UNION TEMPORAL DESARROLLO SOCIAL POR BOLIVAR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO PLATO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Utdeceroasiempreporelfuturo@gmail.com	
TELÉFONOS 3005498873	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 01 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN CARRERA 14 # 6 – 09	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION JUNTOS CONSTRUYENDO FUTURO	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
MAGDALENA	PLATO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6228998	DÍA 27 MES 11 AÑO 2012	DÍA 15 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
PSICOLOGA		CALLE 87 # 20 – 24 OFI 204

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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

Leidy Diaz Rodriguez.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:27:20 PM horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1081912921**

Apellidos y Nombres: **DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 282675717

PIB
15:21:39

Bogotá DC, 10 de abril 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) LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1081912921:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL, INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 10 de abril de 2026, a las 14:25:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1081912921
Código de Verificación	1081912921251121142510

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1.081.912.921** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación:	**Activo**
IPS de atención:	**CLINICA REGIONAL INMACULADA CONCEPCION IPS**
Categoría:	**A**
Fecha de afiliación:	**01/04/2019**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 10 de abril del 2026. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.081.912.921** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de octubre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de abril 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:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024031311084

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013)		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	899999995
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1081912921	**Nombres y apellidos**	LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ
Fecha de afiliación	2025-05-06	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-05-06	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	3	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.

Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

Código: PFO-SARLAF-0104-03-01
Vigencia: 2024 -2027
Versión: 1 copia controlada

PP

FECHA AA **2026** MM **04** DD **10**

SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO **LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ** **TIPO ID** **C.C.**

NÚMERO ID **1081912921** DIRECCIÓN: **Via 14 # 27-04 La Libertad**

CIUDAD: **PLATO** DEPARTAMENTO: **MAGDALENA** PAÍS: **COLOMBIA**

TELÉFONO (PRINCIPAL): CELULAR **302409105** OTRO

EMAIL:

¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: _ / **X** NO

¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: ___SI / **X** NO

¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: ___SI / __X_NO

¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ___SI / **__x**_NO

SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA

RAZON SOCIAL **NIT:**

DIRECCIÓN:

CIUDAD: DEPARTAMENTO: MAGDALENA PAÍS: COLOMBIA

TELÉFONO (PRINCIPAL): OTROS: FAX:

EMAIL: CELULAR: PÁGINA WEB

CIUDADES **SUCURSALES:**

¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras)?: ___SI / ___NO

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA/ REPRESENTANTE LEGAL

Documento de Identificación

Teléfono Directo

e-mail

Es persona expuesta públicamente ? Si No

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: ___SI / __x_NO

IMPORTACIONES: __SI / _x_NO

EXPORTACIONES: _SI / X_NO

INVERSIONES: _SI/x_NO

PRESTAMOS:_SI / xNO

¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: ___SI / X_NO

E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla actividad o negocio): (detallar ocupación, oficio,
Mis ingresos provienen del pago de honorarios mensuales como contratista de la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA COMO**:**

EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:

DECLARACIONES

Mis ingresos provienen del pago de honorarios mensuales en calidad de contratista de la E.S.E. Hospital Fray Luis de León donde me desempeño como Psicóloga del Programa de Intervenciones Colectivas – PIC.

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (mos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN	**Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.**	**Código: PFO-SARLAF-0104-03-01**	
		Vigencia:2024 -2027	
	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Versión: 1	copia controlada

FECHA:	AA	MM	DD

ner indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes tores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo

(

(nosotros) hubieremos proporcionado.
9

nstitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el y fiel expresión de la verdad.

decen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo amos) de manera de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo 012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

(

entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los _10_días, del mes de Abril del 2026



FIRMA CONTRATISTA



HUELLA

10/04/2026
CIUDAD Y FECHA

información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: **gerencia@hospitalfrayluis.gov.co**

OBSERVACIONES

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 1081912921 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/04/2026 05:18 PM

Código Verificación: **7YLSK8BG1N**

Válida hasta: **31/07/2026**

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 15:43:45 horas del10/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1081912921, Apellidos y Nombres DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa Hospital fray luis de leon, con NIT 819001483-1 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de l a cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

Enlaces de Interés

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

Síganos en las redes sociales

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/04/2026 02:30:02 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1081912921** y Nombre: **LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **127000840** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir