FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2021	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AUXILIARES AREA DE LA SALUD HIGIENISTA						*DIRECCIÓN* CALLE 2 6 16				

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 ÚNICO

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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.491.612**

CASTRO LAVAO
APELLIDOS

ANGIE CAMILA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUN-1998**

IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

07-JUL-2016 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1900100-00847101-F-1004491612-20160907 **00509**58940A 1 46617776

Al contestar, por favor cite estos datos

Radicado:
2020C5008753
Fecha: 2020-03-06

GOBERNACIÓN DEL HUILA

SGN-C054-F04

Secretaría de Salud Departamental

RESOLUCIÓN No. **401** del **2020-03-06**

Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de la Ocupación

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1895 de 1994 y Resoluciones 8511 de julio de 1989 y 449 de febrero de 1993 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de marzo del 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que **ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO**, con **Cédula de Ciudadanía** No. **1004491612** expedida en **NEIVA**, solicitó ante esta Secretaría la autorización para ejercer como **AUXILIAR EN SALUD ORAL**

Que presentó el certificado de estudios otorgado por **LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER**, en **NEIVA 14/12/2018**

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO**, con **Cédula de Ciudadanía** No. **1004491612** expedida en **NEIVA**, para ejercer como **AUXILIAR EN SALUD ORAL**, en el territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS)

ARTÍCULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Neiva (Huila), el **2020-03-06**

CLAUDIA ELENA RUIZ JARAMILLO
Secretaria de Salud del Huila

Código de verificación: **0JX05W748GH**

NIT: 900.463.574-7

C E R T I F I C A

Que el (la) Señor(a) **ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.004.491.612 de Neiva, es afiliado(a) del Sindicato de Gremio; según su perfil de **AUXILIAR EN SALUD ORAL**, desarrollo procesos como Afiliado(a) Participe desde el tres (03) de Febrero de 2022 hasta el treinta (30) de Diciembre de 2022 y desde el primero (01) de Febrero de 2023 hasta la fecha; en el Centro de Costos **IQUIRA** en cumplimiento de Contratos Sindicales celebrados entre **SAVITRA SINDICATO DE GREMIO** y la **E.S.E Hospital María Auxiliadora de Iquira - Huila.** Su compensación durante el último mes fue:

COMPENSACIÓN ORDINARIA:	$ 1.160.000
OTRAS COMPENSACIONES:	$ 1.100
Anticipo de Beneficios (semestral y descanso)	$ 161.100
TOTAL INGRESOS:	**$ 1.161.100**

Dada a los tres (03) días del mes de noviembre de Dos mil veintitrés (2023) a solicitud del interesado(a).

Atentamente,

SAVITRA RECURSO HUMANO

LEONOR IVETT QUINTERO TRUJILLO
Coordinadora General Recurso Humano

Calle 3 # 5 – 100 Barrio Progreso de Garzón (H) *Tel: (608) 8337001 - 3115104318
E-mail: gremiosavitra@hotmail.com
Calle 7 # 17 – 57 Barrio Calixto Neiva (H) *Tel: (608) 8721072

SE HACE COSTAR

Por medio de la presente se certifica que, **CASTRO LAVAO ANGIE CAMILA** identificado(a) con cedula de 1.004.491.612 **GREMIO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD "GREADSA".** Desde 01 de enero 2025 hasta el 31 de marzo 2025.

El proceso que ejecuta el Afiliado(a) es **HIGIENISTA ORAL**, es Afiliado(a) con un convenio de ejecución permanente que se asimila al contrato a término fijo; realiza sus actividades para la E.S.E Nuestra Señora del Carmen del municipio de Santa María Huila.

Certificado expedido a solicitud verbal del(a) interesado(a) a los 01 días del mes de abril de 2025.

Atentamente,

LUBIN ARLEY HERNANDEZ
Representante Legal
C.C 79.795.689 De Bogotá D.C

REPUBLICA DE COLOMBIA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL HUILA
INSTITUCION EDUCATIVA "MARIA AUXILIADORA."

Creada y organizada por Decretos 1201 de 2002 y 1005 de 2003 y Aprobacion de estudios
Segun Resolucion 3602 del 06 de agosto de 2014 de la Gobernacion del Huila
Registro Educativo N° N-413911-5406 DANE 141357000010

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Rectoria de la Institucion Educativa "Maria Auxiliadora" del Municipio de Iquira Huila, se reunieron el Rector y la Secretaria Académica con el fin de verificar la situacion legal de los alumnos del grado once (11°) y formalizar su graduacion.

Comprobada la situacion académica y legal de cada uno de los alumnos que cursaron el grado Once durante el año lectivo 2015 y que cumplieron con los programas y plan de estudios para la Media Tecnica, segun concepto de la comision de evaluación y promocion, se procedio a otorgar el titulo de:

Bachiller Técnico

"Especialidad Desarrollo de Software Estructurado"

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

Angie Camila Castro Lavao
T.I.No.1004491612

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 52 del 27 de noviembre de 2015, que consta de veinticuatro (24) alumnos graduandos y comienza con el nombre de Andrea Lucel Andrade Trujillo y se cierra con el nombre de Mariana Zúñiga Hurtado.

Dada en Iquira Huila, a los veintitres (27) días del mes de noviembre de 2015.

Esp. Alirio Guevara Sánchez
C.C.N° 12.190.839 de Garzón Huila
Rector

Fanny Tamayo Martinez
C.C.N° 26.514.854 de Iquira Huila
Secretaria

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO

C.C 1.004.491.612

Aprobó el Curso

ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado los días 20 y 21 de Julio de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los veintiún (21) días del mes de Julio de dos mil veinticuatro (2024). F.V Julio 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R-48282908824

2024

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO

C.C 1.004.491.612

Aprobó el Curso

ATENCION PREHOSPITALARIA - APH

Realizado los días 10 y 11 de Agosto de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los once (11) días del mes de Agosto de dos mil veinticuatro (2024). F.V Agosto 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R-4831200824

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)

Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO

C.C 1.004.491.612

Aprobó el Curso

HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Realizado los días 27 y 28 de Julio de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los veintiocho (28) días del mes de Julio de dos mil veinticuatro (2024). F.V Julio 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE

Coordinador operativo

e-mail eremergencyservices@gmail.com

Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila

3208646743-3162110303

E.R-4829200824

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO

C.C 1.004.491.612

Aprobó el Curso

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Realizado los días 03 y 04 de Agosto de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los cuatro (04) días del mes de Agosto de dos mil veinticuatro (2024). F.V Agosto 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R-4830200824

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1004491612

Primer Nombre

ANGIE

Primer Apellido

CASTRO

Confirme los números de la Imagen *

4 4 40

Cambiar

8862

Resultado General -2025-08-05→11:12:05 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004491612	ANGIE	CAMILA	CASTRO	LAVAO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO identificado(a) con CC 1004491612 registra La siguiente información:

2025-08-05→11:12:05 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
				Administrativo	
AUX	Local	AUXILIAR EN SALUD ORAL	2020-03-06	401	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

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).

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 sábado 02 de agosto de 2025, a las 12:48:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1004491612
Código de Verificación	1004491612250802124813

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 277642255

PIB
12:49:30

Bogotá DC, 02 de agosto del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004491612.

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:50:37 PM horas del 02/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1004491612**
Apellidos y Nombres: **CASTRO LAVAO ANGIE CAMILA**

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

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

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 13:33:09 horas del 02/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004491612,** Apellidos y Nombres **CASTRO LAVAO ANGIE CAMILA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**, con NIT **891103968-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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 1004491612 **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 02/08/2025 12:45 PM

Código Verificación: **PDRNAGTVMK**

Válida hasta: **31/10/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIA DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Yo, Angie Camila Castro L. identificado con cédula de ciudadanía No. 1004491612, manifiesto bajo gravedad de juramento, de forma libre, espontánea y consciente, que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8o. y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios, de las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 núm. 7o. y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el Art. 44 núm. 1o. de la misma norma y, declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, siendo claro que la responsabilidad sobre su conocimiento o desconocimiento es mía y no de la Entidad, y que deberé tramitar todo impedimento a que haya lugar.

En consecuencia, reconozco que me pueden ser impuestas las sanciones administrativas, disciplinarias y/o judiciales a las que haya lugar, en caso de que lo aquí señalado sea contrario a la verdad. Dada a los 5 días del mes de Agosto de 2025.

Atentamente,

Camila Castro Lavao.

cc. 1004491612.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1004491612
NOMBRES	ANGIE CAMILA
APELLIDOS	CASTRO LAVAO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	06/09/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/05/2025 10:50:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.491.612**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CERTIFICADO PERSONA NATURAL NO DECLARANTE DEL IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIO 2.025

Iquira, 05 de Agosto de 2025

Señores

E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Calle 2 No. 6-16
Iquira – Huila

Yo, Angie Camila Castro L, identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1004991612 de IQUIRA, con domicilio en IQUIRA, manifiesto que NO estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre la renta y complementario por el año gravable 2.025, debido a que:

1. NO soy responsable del impuesto a la venta –IVA-.
2. NO obtuve ingresos brutos superiores a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESO M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.024.
3. NO poseía un patrimonio bruto a diciembre 31 de 2.024 superior a CIENTO NOVENTA MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($190.854.000).
4. NO tuve consumos con tarjeta de crédito, compras y egresos totales, así como no tuve movimientos bancarios durante el 2024, por un valor superior a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.025.

A continuación, relaciono datos de interés y la información de las personas a cargo:

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EMMANUEL CASTILLO C.	1077734874	Hijo
SAMUEL CASTILLO CASTRO	1077737150	Hijo

Actividad económica (registrada en el RUT):

Camila Castro Lasso.

CC. No. 1004991612.

Certificación
Bancaria

Viernes, 14 de marzo de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO identificado(a) con CC 1004491612, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	53480257738	2025-03-14	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. | Establecimiento Bancario

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891860305

(415)7707212489984(8020) 000001489186030 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 4 4 9 1 6 1 2	9	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 4 9 1 6 1 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	LAVAO	ANGIE	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Iquira 3 5 7

41. Dirección principal: CL 6 A 10 11 BRR LAS COLINAS

42. Correo electrónico: Anguiecamila2018@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 2 1 0 7 1 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

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASTRO LAVAO ANGIE CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$13.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$13.800.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

IPS MASSALUD SAS

No. Identificación 900563300-5
Dirección: Calle 17 Nro 6-52 Neiva
Telefono: 8718978-8642201
Email: massaludips@hotmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
VISUAL,HEMATOLOGICO,GLUCOSA,BIOLOGICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	NEIVA - 2024/08/22	Nro Ingreso:	2024082102023
Paciente:	ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO	CC:	1004491612
Edad:	26 años	Nombre Cliente:	CLIENTES CONTADO
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA		
Origen:	TRABAJADOR INDEPENDIENTE - CONTRATISTA	Destino:	ESE HOSPITAL MARIA AUXILIADORA DE IQUIRA
Fecha Atención:	2024-08-21 09:16:52		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO(GLICEMIA), LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	ENFASIS BIOLOGICO	
	HEMOGRAMA III		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO - CON APTITUDES ADECUADAS PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	1.PROGRAMAS PREVENTIVOS:()NO,(X)SI.()1.PSICOSOCIAL,()2.OSTEOMUSCULAR,()3.AUDITIVO,()4.VISUAL,()5.RESPIRATORIA, ()6.ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:()6.1.CONTROL NUTRICIONAL-CONTROL DE PESO:()SEMANAL,()QUINCENAL,()MENSUAL, ()TRIMESTRAL,()SEMESTRAL,()6.2.ALIMENTACION BALANCEADA,()6.3.CONTROL METABOLICO:()PERFIL LIPIDICO,()GLUCOSA ()6.4.CONTROL CARDIOVASCULAR-PRESION ARTERIAL,()6.5.PREVENCION DEL CONSUMO DE CIGARRILLO.(X)6.6. VACUNACION:FOMENTAR COVID-DOSIS DE REFUERZO, INFLUENZA. 7. ()OTRO: 2.REQUIERE MANEJO Y SEGUIMIENTO POR EPS:(X)NO,()SI: 3. PRESENTA VULNERABILIDAD PARA COMPLICACIONES EN CASO DE CONTAGIO POR COVID:(X)NO,()SI:
ENFASIS - VISUAL:	EVALUACIÓN VISUAL:SIN HALLAZGOS, NO REQUIERE CORRECCIÓN VISUAL
ENFASIS - HEMATOLOGICO:	HEMATOLOGICO SIN HALLAZGOS
ENFASIS - GLUCOSA:	GLUCOSA: DENTRO DE RANGOS
ENFASIS - BIOLOGICO:	BIOLOGICO:REQUIERE INTERVENCIÓN
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	1.COVID: (X)SIN ()CON VULNERABILIDAD: ()EDAD, ()NUTRICIONAL, () COOMORBILIDAD CONTROLADA, ()COOMORBILIDAD NO CONTROLADA. ()OTRA, ()REFIERE ANTECEDENTE, (X)REFIERE VACUNACIÓN COMPLETA, ()REFIERE REFUERZOS- - . 2.HEPATITIS B: (X)REFIERE ESQUEMA COMPLETO, (X)REFIERE ANTICUERPOS PROTECTORES; 3.INFLUENZA: () PROTEGIDO, (X) NO PROTEGIDO; 4.RUBEOLA: () REFIERE ANTECEDENTE PERSONAL, (X) REFIERE VACUNA, () REFIERE ANTICUERPOS IGG: REACTIVOS; 5.SARAMPIÓN: () REFIERE ANTECEDENTE PERSONAL, (X)REFIERE VACUNA, ()REFIERE ANTICUERPOS IGG: REACTIVOS; 6.PAPERAS: () REFIERE ANTECEDENTE PERSONAL, (X) REFIERE VACUNA, ()REFIERE ANTICUERPOS IGG: REACTIVOS; 7.TOXOIDE TETANICO: (X) REFIERE ESQUEMA COMPLETO, ()REFIERE ESQUEMA INCOMPLETO; 8.VARICELA: (X) REFIERE ANTECEDENTE PERSONAL, (X) REFIERE VACUNA, () REFIERE ANTICUERPOS IGG: REACTIVOS; RECOMENDACIONES: ()DISMINUIR DE PESO, ()SEGUIMIENTO POR NUTRICION, ()CONTINUAR MANEJO MEDICO, (X)REFUERZO COVID, ()ESQUEMA HB, ()ANTICUERPOS HB, (X)INFLUENZA ANUAL, ()TRIPLE VIRAL, ()TOXOIDE TETANICO, ()VARICELA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	No caso. Con Susceptibildades
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SUSCEPTIBILIDADES : A. 1. EDAD (MENOR DE 18 Y MAYOR DE 45) ()SI,(X)NO . B.1. CONDICIONES MEDICAS O HALLAZGOS AL EF O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: () SI,(X)NO. B.2 ANTECENTES TRAUMÁTICOS: ()SI,(X)NO. B.3: FUMADOR:() SI,(X)NO. C. ACTIVIDADES EXTRA LABORALES (X)SI,()NO. D. SEDENTARISMO: (X)SI,()NO. E. ÍNDICE DE MASA CORPORAL: (MENOR 18 MAYOR 27) ()SI,(X)NO

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: *CONDUCTA * RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: IMPLEMENTAR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO Y PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD. PRACTICAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:(X)INICIAR/CONTINUAR PRACTICA DE EJERCICIO REGULAR. ()DESHABITUACIÓN DEL LA PRACTICA DE FUMAR. ()EVITAR CONDUCTAS DE RIESGO AUDITIVO EN AMBIENTES EXTRA LABORALES. MODIFICACIÓN PATRONES DE ALIMENTACIÓN (X)1.NO,() 2.SI. DISMINUIR DE PESO: (X)1.NO, ()2.SI: ()1-5 Kg, ()5-10 Kg,()10-15 Kg, ()15-20 Kg, ()Mayor a 20Kg. SEGUIMIENTO POR EPS: (X)1.NO,()2.SI:

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de IPS MASSALUD SAS.

Profesional Ocupacional: FLOR ALBA MOLINA RAMIREZ 0
Registro M.D: 41842001
Licencia S.O: 0578 2009 SSC - Renovada Resolución 725 /2019

Firma del Paciente: ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO
Identificacion: CC. - 1004491612

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

LABORATORIO CLÍNICO LILIANA LONDOÑO

NIT: 55156579-2

RESULTADO DE LABORATORIO CLÍNICO

Paciente	CASTRO LAVAO ANGIE CAMILA	**Fecha Reporte**	21/08/2024
Documento	CC 1004491612	**Edad**	26 A 1 M 23 D.
Remitente		**Sexo**	Femenino
Convenio	MASSALUD	**No Reporte:**	MN130683

1. HEMATOLOGIA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEMOGRAMA IV			
Método IMPEDANCIA			
SERIE ROJA			
ERITROCITOS	4.97	10^6/ul	VR: Hombres: 4.5 a 5.5 Mujeres: 4.0 a 5.0 Niños: 3.9 a 5.3
HEMOGLOBINA	12.6	g/dL	VR: Hombres: 12 a 17.4 Mujeres: 12 a 16 Niños: 9.5 a 14.1
HEMATOCRITO	40.47	%	VR:Hombres:45 a 52 % Mujeres :36 a 48 % Niños :30 a 40% Neonatos :55 a 60 %
HEMATOCRITO	40.47	%	VR:Hombres:45 a 52 % Mujeres :36 a 48 % Niños :30 a 40% Neonatos :55 a 60 %
MCV	81.35	fl	Hombres / Mujeres: 80 – 100 fl 16 a 18 años: 75 – 89 fl 6 a 16 años: 73 – 87 fl 1 a 6 años: 70 – 84 fl 6 meses a 1 año: 73 – 87 fl Lactante de 4 semanas a 6 meses: 83 – 97 fl Recién nacidos: 98 – 112 fl
MCH	*25.33	pg	* VR: Hombres: 27 a 32 Mujeres: 26 a 32 Niños: 23 a 30
MCHC	31.13	g/dL	VR : Hombres : 30 a 35 Mujeres : 30 a 35 Niños : 31 a 35
RDWSD	40.44	%	
RDWCV	17.66	%	
PLAQUETAS			
PLAQUETAS	267	10^3/ul	VR: 150 a 400
VPM	8.84	fL	VR: 7.4 a 10
IDP	7.73	%	
PLCR	15.53	fl	
PCT	0.24	%	
SERIE BLANCA			
LEUCOCITOS	6.49	10^3/ul	VR: Adultos: 5.0 a 10.0 Niños: 5.0 a 19.0
LINFOCITOS %	32.27	%	VR: Adultos: 25 a 40 Niños: 46 a 76
LINFOCITOS %	32.27	%	VR: Adultos: 25 a 40 Niños: 46 a 76
MID %	*7.90	%	* VR: Adultos: 3 a 7 Niños: 0 a 5
NEUTROFILOS %	59.83	%	VR: Adultos: 50 a 75 Niños: 20 a 45
# LINFOCITOS	2.09	10^3/ul	VR : Hombres : 1.3 a 4.0 Mujere: 1.3 a 4. Niños :2.3 14.4
# MON	0.51	10^3/ul	
# NEUTROFILOS	3.89	10^3/ul	

Toma Muestra: 21/08/2024 12:00:00a. m. **Fecha Validación:** 21/08/2024 11:29:09a. m.

CC 55156579 – REG: 6859/93

LONDOÑO SALGADO LILIANA AMPARO

BACTERIOLOGO TP 072

LILIANA LONDOÑO

NIT: 55156579-2

RESULTADO DE LABORATORIO CLÍNICO

Paciente	CASTRO LAVAO ANGIE CAMILA	**Fecha Reporte**	21/08/2024
Documento	CC 1004491612	**Edad**	26 A 1 M 23 D.
Remitente		**Sexo**	Femenino
Convenio	MASSALUD	**No Reporte:**	MN130683

2. QUIMICA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA			
Método METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO			
GLICEMIA	83	mg/dl	Valor de Referencia: Hombres- Mujeres: 65 a 99 mg/dl

Toma Muestra: 21/08/2024 12:00:00a. m. **Fecha Validación:** 21/08/2024 11:50:48a. m.

CC 55156579 – REG: 6859/93
LONDOÑO SALGADO LILIANA AMPARO
BACTERIOLOGO TP 072

Impresion: 11:51:41a. m.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7399a447-3d69-44b0-bb20-d602e99f0fe6

Nombres y apellidos / Full name: **ANGIE CAMILA CASTRO LAVAO**

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

Número de identificación / ID Number: **1004491612**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **29/06/1998**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3238842877**

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

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
VPH	Primera	4	6	2013		J001754	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	
VPH	Segunda	13	11	2013		J002191	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	
TD Adulto	Primera	15	2	2016		D2222	NEIVA CS CANAIMA	
TD Adulto	Segunda	15	3	2016		D2251	NEIVA CS CANAIMA	
TdaP Acelular Gestantes	Anual	19	5	2016		AC37B158CA	NEIVA CS CANAIMA	
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	2	2	2018		V50217020	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	YURLY CAROLINA QUIBANO AMEZQUI
COVID JANSSEN	Única	22	7	2021	Janssen	212A21A	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	LINA TRUJILLO
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	10	2	2022	Janssen	212A21A	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	EDITH YOLANDA CASAS MALDONADO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	7	7	2022	Green Cross	V50222003	IQUIRA ESE MARIA AUXILIADORA	EDITH YOLANDA CASAS MALDONADO
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	15	1	2025	Green Cross	V50524003	SANTA MARIA E.S.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	JENNIFER VALENZUELA CUBILLOS - CC1079607108 - Activo
Fiebre amarilla	Única	2	4	2025	Fabricante	23K0650	SANTA MARIA E.S.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	JENNIFER VALENZUELA CUBILLOS - CC1079607108 - Activo

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

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

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

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

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

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

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

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

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE PRÓXIMA VACUNA	NOMBRE VACUNADOR
HEPATITIS B	1ª Dosis	2-07/2024	Sanofi	U4X20003	2-08/24	
	2ª Dosis	2-08/2024	Sanofi	U4X20003	2-09/24	
	3ª Dosis					
	Refuerzo					
[illegible]	1ª Dosis					
	Refuerzo					
[illegible]	1ª Dosis					
	2ª Dosis					
COQUECHA	1ª Dosis					
VARICELA	1ª Dosis					

Continua...

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE PRÓXIMA VACUNA	NOMBRE VACUNADOR
[illegible]	1ª Dosis					
HEPATITIS A	1ª Dosis					
	2ª Dosis					
TOXOIDE TETÁNICO	1ª Dosis	2-07/2024	Delta	3008010203	2-08/24	
	2ª Dosis					
	3ª Dosis					
	Refuerzo					
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1ª Dosis					
	2ª Dosis					
	3ª Dosis					
	1er. Refuerzo					
	2do. Refuerzo					

Continua...

Cruz Roja Colombiana
Seccional Huila
NIT. 891.180.262 - 7 TEL. 871 3008 Ext. 125

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL No. CV 23891

NOMBRE: Angie Camila Castro Javao

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1004.491.612

FECHA DE NACIMIENTO: 29-06-1998.

TELÉFONO: _____ SEXO: X

GS-VC-FO-13 V.1