



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 900.004.059-7



LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS: Martencia Castro FECHA DE VERIFICACIÓN:

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			✓
2	Acta de posesión (nomina)			✓
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			✓
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	✓		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	✓		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			X
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	✓		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	✓		
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	✓		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	✓		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)	✓		
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.			X
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.		X	
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.		X	
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			X
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)			X
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			X
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	X		
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).			X
DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL				
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	✓		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	✓		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)			X
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			X
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)			X
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)			X
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			X
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)			X
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			X
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)			X
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			X
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).			X
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			X
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			X
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			X
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)			X
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)			X
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)			X
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			X
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)			X
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			X
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			X
53	Mecánica básica (conductores)			X
54	Manejo defensivo (conductores)			X
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)	✓		
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			X
57	Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).			
58	Formato inducción y reinducción (nomina)			
59	Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA

Anjhy Martinez

Castilla La Nueva - Meta, el 26 de junio de 2026

Señora.:

YULY VIVIANA MORA GARCIA

Técnico Administrativo

Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

Recibido
26.06.2026.
J. S. J.

Ref. PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-262

Cordial saludo,

La señora **HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ**, quien se identifica con C.C. No. 31.024.584 de Castilla la Nueva - Meta, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto **"PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."** de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **CUATRO (4) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.2. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de: **OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS (\$8,400,000) M/CTE.**

1.3. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS (\$2,100,000) M/CTE.**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, y la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

1.4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

EL CONTRATISTA será responsable y se obliga a: 1. Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. 2. Ejecutar las labores de aseo, limpieza y desinfección en todas las áreas asistenciales y administrativas del hospital, conforme a los protocolos institucionales de bioseguridad y manejo ambiental. 3. Velar por mantener en condiciones idóneas de higiene las áreas asignadas de EL HOSPITAL. 4. Vigilar que las diferentes dependencias de EL HOSPITAL se mantengan limpias y ordenadas. 5. Mantener en óptimas condiciones los equipos e implementos de aseo asignados, respondiendo por su buen uso y conservación, informar sobre cualquier anomalía al personal de EL HOSPITAL. 6. Aplicar correctamente los protocolos de limpieza y desinfección hospitalaria conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y las políticas institucionales vigentes. 7. Garantizar el manejo adecuado de residuos hospitalarios y similares, realizando su correcta clasificación, recolección interna y disposición en los puntos de almacenamiento temporal, conforme al PGIRASA institucional. 8. Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal (EPP) exigidos para cada área, cumpliendo estrictamente las normas de bioseguridad. 9. Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con riesgos biológicos, derrames, contaminación o situaciones que afecten la seguridad del entorno hospitalario. 10. Participar en las capacitaciones programadas por la institución en temas de bioseguridad, residuos hospitalarios y seguridad y salud en el trabajo. 11. Realizar el proceso de lavado y desinfección de la ropa de manejo hospitalario y utensilios de aseo. 12. Cumplir con los horarios establecidos para garantizar cobertura continua del servicio, según las necesidades del hospital. 13. Garantizar el mantenimiento de adecuadas relaciones interpersonales con el personal de planta, demás contratistas, pacientes y usuarios de la institución, actuando bajo principios de respeto, ética y cordialidad. En caso de presentarse reiteradas faltas de comportamiento (tres), debidamente constatadas por el Hospital como consecuencia de quejas verbales o escritas, la Entidad quedará facultada para dar por terminado unilateralmente la orden de prestación de servicios, de conformidad con las disposiciones contractuales vigentes. 14. EL CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y cumpliendo oportunamente con la obligación al sistema de seguridad social integral como trabajador independiente. 15. **CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO.** 16. El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. 17. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución

2. ANEXOS:

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

Hortencia castro H-
CC 31024584

HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ

C.C. No. 31.024.584 de Castilla la Nueva - Meta

Dirección: calle 8 6 23 barrio el centro.

Teléfono: 310-692-5898

Email: hortenciacastrohernandez1903@gmail.com



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Castro		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Hernandez		NOMBRES Hortencia	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 31024584		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 20 MES 07 AÑO 1980 PAÍS COLOMBIA DEPTO META MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 8 6 23 barrio centro PAÍS COLOMBIA DEPTO META MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA TELÉFONO 3106925898 EMAIL hortenciacastrhernandez1903@g			

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 (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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

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
Funse	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Humanizacion en la prestación de servicios de salud	12	2025

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Funse	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		Atención centrada en el usuario de los servicios de salud	12	2025

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 HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 6751118		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	01	Mes	01	Año	2026	Día	30	Mes	06	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL >AUXILIAR DE SERVICIOS GENERAL		DEPENDENCIA "MANTENIMIENTO"						DIRECCIÓN CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD LLANO SOCIAL S.A.S				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3142225883		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
		Día	27	Mes	05	Año	2022	Día	10	Mes	06	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE COCINA		DEPENDENCIA AUXILIAR DE COCINA						DIRECCIÓN TRANSVERSAL 26 41A 61 barrio la grama					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Hortencia Castro H.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Peña M. J. Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
HORTENCIA		CASTRO	HERNANDEZ

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 31024584

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento META	Municipio CASTILLA LA NUEVA	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento META	Municipio CASTILLA LA NUEVA	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento META	Municipio CASTILLA LA NUEVA
Dirección	<input 10="" barrio="" carrera="" centro"]"="" no.4-43="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$4.500.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$4.500.000,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$150.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA	\$25.000.000,00
MOTO	COLOMBIA	META	CASTILLA LA NUEVA	\$3.000.000,00

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☐

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
HERNANDO		MUÑOZ	LEON

Tipo documento CEDULA DE CIUDADANIA Número 79621253

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 ☒

primero civil que son susceptibles de generar conflicto de intereses 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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

--

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	NIT 900.004.059-7			
	DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	
TH-FVHV-01	15/04/2024	5	Página 1 de 3	

Castilla la Nueva-Meta, a los 26 de JUNIO de 2016

Señores:

HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.

Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI NO + me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?		X

	¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? No aplica para servicios profesionales.		✓
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		✗
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		✗
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		✗
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		✗
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	- Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? - Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? - La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		✗
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		✗

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	NIT 900.004.059-7			
	DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	
	TH-FVHV-01	15/04/2024	5	Página 3 de 3

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		
Parágrafo 3° Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		✓
OBSERVACIONES:	<i>"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."</i>		

TENGA EN CUENTA:

- Cónyuge: persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
- Compañero Permanente: Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
- Parentesco por consanguinidad: Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
- Parentesco por afinidad: Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco Civil: Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
- Parentesco hasta primer grado de consanguinidad: papá, hijo,
- Parentesco hasta primer grado de afinidad: papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
- Parentesco hasta segundo grado de afinidad: papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
- Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad: papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
- Parentesco primero o único civil: El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma, Hortencia Castro

Nombre: Hortencia Castro

Cédula: 31024584

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.024.584**
CASTRO HERNANDEZ

APELLIDOS
HORTENCIA

NOMBRES

Hortencia castro hernandez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-1980**
CASTILLA LA NUEVA
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

08-SEP-1999 CASTILLA LA NUEVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5201000-00327713-F-0031024584-20110826

0027857820A 1

35320394

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 1 Inscripción		4. Número de formulario 141226601232		 (415)7707212489984(8020) 000014122660123 2	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 1 0 2 4 5 8 4		6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 2	
14. Buzón electrónico					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 3 1 0 2 4 5 8 4	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento Meta 5 0	
30. Ciudad/Municipio Castilla la Nueva 1 5 0		31. Primer apellido CASTRO		32. Segundo apellido HERNANDEZ	
33. Primer nombre HORTENCIA		34. Otros nombres		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Meta 5 0		40. Ciudad/Municipio Castilla la Nueva 1 5 0	
41. Dirección principal CL 8 # 06 - 23 BRR Centro					
42. Correo electrónico hortenciacastrhernandez1903@gmail.com					
43. Código postal 5 0 1 5 0		44. Teléfono 1 3 1 0 6 9 2 5 8 9 8		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 0 0 1 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 1 0 2 2 3		48. Código	
49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 2 0					
20- Obtención NIT					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2025-12-23 / 03:28:15PM	
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 HERNANDEZ HORTENCIA					
985. Cargo Contribuyente					

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: d45723-d27-452c-a19b-0a29b645705

Nombres y apellidos / Full name

HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

3 1 0 2 4 5 8 4

Fecha de nacimiento / Date of birth

20/07/1980

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3106925898

Correo electrónico / e-mail

MMM@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
TD Adulto	Primer Refuerzo	03	04	2019		221502016B	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO
Fiebre Amarilla ✓	Única	04	04	2019		N3N991V	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO
COVID ASTRAZENECA ✓	Primera	30	06	2021	Oxford-AstraZeneca	ABX5352	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID ASTRAZENECA ✓	Segunda	21	09	2021	Oxford-AstraZeneca	PW40023	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	ADRIANA CADENA TELLES
COVID ASTRAZENECA ✓	Primer Refuerzo	01	02	2022	Oxford-AstraZeneca	NM0219	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA NHORA RIVERA GIRALDO
INFLUENZA TRIVALENTE ✓	Anual	02	08	2022	Green Cross	V50222013	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO
INFLUENZA TRIVALENTE ✓	Anual	21	04	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA - CC1123512346 - ACTIVO
TD Adulto ✓	Quinta	04	06	2026	Serum	2335L003B	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA - CC1123512346 - ACTIVO
Sarampión Rubéola ✓	Adicional	09	06	2026	Serum	0096M003	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	SILVIA CATHERINE QUEVEDO POVEDA - CC1123512346 - ACTIVO

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

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - 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.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	25-06-2006	220501325	
	2	26-07-26	220501325	
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				



Centro Médico de Especialistas
Santa Bárbara I.P.S.
NIT 900051899-7
Calle 6A No 13-185 Tel. 6848497
Br. El Triángulo Cel. 3112795155



Centro Médico de Especialistas
Santa Bárbara I.P.S.
Será exento para entes de riesgo
Calle 6A No 13-185 Tel. 6848497
Br. El Triángulo Cel. 3112795155

CONSERVALO

En caso de requerir el certificado Internacional de vacunación
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Santa
Bárbara

Centro de Especialistas
SANTA BARBARA, I.P.S.

Cra. 38 No. 36 - 30 Barzal Tel. 684 8597 Vicio
Cra. 14 N° 12 - 34 Tel. 657 4516 Acacias

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

Nombres:	Hortencia	
Apellidos:	Castro Hernandez	
Documento de identidad:	C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐	No. 31024584
Fecha de Nacimiento:	DÍA 20 MES 07 AÑO 1980	



CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal

Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155

Correo: atencionalusuario@santabarbaraiips.com

Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



N° 14.029

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
24 DÍA	12 MES	2025 AÑO	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO		
CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA)					
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES		
CIIU (Actividad Económica) del empleador:					
SIN REGISTRAR					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
Apellidos y Nombres			Género	Edad	Documento de Identificación
CASTRO HERNANDEZ HORTENCIA			FEMENINO	45 AÑOS 5 MESES 4 DÍAS	CC 31024584
Carga				Tipo	Número
SERVICIO GENERALES					
EPS		AFP		ARL	
CAPITAL SALUD		PORVENIR		NO SABE	
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO					
Observaciones: CUMPLE					
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EVALUACIÓN OCUPACIONAL		✓		ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	
CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA		✓		-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
		SVE VISUAL : CONTROL EN UN AÑO			
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - APLICAR BIOSEGURIDAD EN EL HORARIO LABORAL					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma			
Nombre: CC: 19156895 - MILICIADES LEON		Nombre: CASTRO HERNANDEZ HORTENCIA			
R. M.: 8074		CC: 31024584			
L.S.O.: 8074					
		Código de Seguridad			
		H1600N1T14029			



CERTIFICA

Que la usuaria HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No.31024584 se encuentra activo(a) en nuestra base de datos del Régimen subsidiado en el municipio de Guamal, ficha sisben 3606, desde 1 de octubre de 2019, sin ninguna discapacidad.

Se expide el día 10 de junio de 2026a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

Protección

Una empresa **SURA** 

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CASTRO HERNANDEZ HORTENCIA** identificado(a) con CC número **31.024.584** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2021 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 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de junio 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://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Hortencia Castro Hernandez identificado con CC. 31024584 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059		

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/01	Fecha inicio contrato	2026/03/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/04/30
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Inactiva		
Fecha retiro	2026/04/30	Estado del contrato	Retirado

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

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC10062026N31024584A18879364**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
 Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensor@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
 Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

**LA ASEGURADORA
 DE TODOS LOS
 COLOMBIANOS**

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, Hortencia Castro Hernandez identificado con cédula de ciudadanía No 31024584 expedida en Castilla la Nueva, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL. **TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la "Información confidencial" que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a un tercero, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXCLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la "Información confidencial" recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA - OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA - CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA - VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia de lo anterior, el presente compromiso se firma a los 16 () días del mes de Junio del 2024.

Hortencia Castro H.

LA PARTE RECEPTORA (Firma)

Nombre: Hortencia Castro

CC No. 31024584

Nit. No. _____

Empresa _____

Marta Lucia Herrera Rios

LA PARTE REVELADORA (Firma)

MARTHA LUCIA HERRERA RIOS

Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo¹, quien me identifico como aparece al pie de mi firma, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, recolección y tratamiento de mis datos personales, que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la CONTRATACIÓN de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, AUTORIZO expresamente al HOSPITAL a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Cordialmente,

Firma: Hortencia Castro H.

Nombre Completo: Hortencia Castro Hernandez.

Identificación: 31024584 expedida en Castilla la Nueva Meta

Fecha: 26/06/2026

¹ Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 297702270



PIB

10:16:44

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de junio 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) HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 31024584:

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 Política 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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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

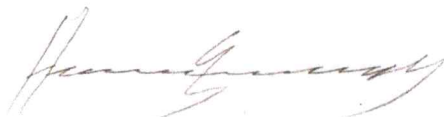
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 10 de junio de 2026, a las 07:52:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	31024584
Código de Verificación	31024584260610075218

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:48:42 AM horas del 10/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **31024584**

Apellidos y Nombres: **CASTRO HERNANDEZ HORTENCIA**

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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



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, 10/06/2026 02:48:36 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **31024584** y Nombre: **HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ.**

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. **141839707** . 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**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

**GOV.CO**

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 14:51:55 horas del 10/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **31024584**,
Apellidos y Nombres **CASTRO HERNANDEZ HORTENCIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE**, con NIT **900004059-7** 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.



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 31024584 **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 10/06/2026 03:00 PM



Código Verificación: **894MRLCH5D**

Válida hasta: **08/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación Bancaria

Martes, 23 de junio de 2026

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ** identificado(a) con CC. **31024584** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	890-672724-81	2024/05/09	Activa

*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


Juliana Ospina Restrepo
LÍDER LÍNEA DE CONOCIMIENTO - LDC AUTOSERVICIOS
BANCOLOMBIA S.A.

 **Bancolombia**

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				
	NIT 900.004.059-7				
	CONTRATOS				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO	
	DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 1 de 6	

CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 2026-121

CONTRATANTE	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E. NIT. 900.004.059-7
CONTRATISTA	HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ C.C. No. 31.024.584 de Castilla la Nueva - Meta Dirección: calle 8 6 23 barrio el centro. Teléfono: 310-692-5898 Email: hortenciacastrohernandez1903@gmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E
VALOR	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$4.200.000) M/CTE
TERMINO DE EJECUCION	DOS (02) MESES

Entre los suscritos: **MARTHA LUCIA HERRERA RIOS**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 31.021.427 expedida en Castilla la Nueva – Meta, obrando en calidad de Gerente del Hospital de Castilla la Nueva “E.S.E.”, nombrada mediante el Decreto Municipal No. 098 del 22 de marzo de 2024, posesionada según Acta No. 056 del 27 de marzo de 2024 con efectos fiscales a partir del 01 de abril de 2024, facultada para contratar mediante Acuerdo No 006 del 08 de octubre de 2024 y el Acuerdo No 04 del 20 de junio de 2023, en nombre y representación del **HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**, quien en adelante y para los efectos del presente CONTRATO se denominará **EL HOSPITAL**, por una parte, y por la otra parte la señora **HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ**, quien se identifica con C.C. No. 31.024.584 de Castilla la Nueva - Meta, y quien para efectos de este Contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, considerando: **1.** Que, el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, señala respecto a la forma de contratar de la entidad, que: “*En materia contractual se regirá por Derecho Privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.*”, virtud por la cual el presente contrato se rige por los preceptos civiles y comerciales colombianos, por el Estatuto Interno de Contratación y por el Manual de Contratación; y respecto a las cláusulas exorbitantes, serán sujetas de aplicación según los parámetros adoptados en el artículo 9 del Estatuto Interno de Contratación. **2.** Que, el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, consagró que las Entidades Estatales que por disposición legal, cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, aplicarán en desarrollo de su actividad contractual, acorde con su régimen legal especial, los principios de la función administrativa (igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones) y de la gestión fiscal de que tratan los artículos 209 y 267 de la Constitución Nacional. **3.** Que, para todos los efectos legales del presente contrato de Prestación de Servicios, así como para su celebración, ejecución y liquidación, se regirá por las normas del Derecho Privado, el Estatuto interno de Contratación, el Manual de Contratación, y las demás normas que de común acuerdo se incluyan en el Contrato. **4.** Que, el Hospital Municipal de Castilla la Nueva E.S.E., en su Estudio Previo sobre la conveniencia y la oportunidad, estableció la necesidad de contratar los servicios de **UN AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 900.004.059-7

CONTRATOS

CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO
DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 2 de 6



PARA EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., que garantice la prestación del servicio de forma personal a la entidad, fortaleciendo objeto principal de la entidad como prestadora de servicios de salud de baja complejidad o de primer nivel de atención. **5.** Que, de acuerdo con las Leyes 10 de 1990 y 100 de 1993, la prestación de servicios de salud puede ser contratada por personas Jurídicas o Naturales, profesionales de la salud, bajo los parámetros estándares, de conformidad con lo establecido por el Decreto 2209 del 29 de octubre de 1998, por el cual se modificó parcialmente los Decretos 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998. **6.** Que, teniendo en cuenta las calidades y la experiencia demostrada por EL CONTRATISTA, es viable la suscripción del presente Contrato de Prestación de Servicios. **7.** Que, para la suscripción del presente Contrato, EL HOSPITAL cuenta con la disponibilidad presupuestal de la vigencia 2026. **8.** Que, EL CONTRATISTA se compromete con EL HOSPITAL a la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. **9.** Que, EL CONTRATISTA manifiesta con la suscripción del CONTRATO, que entiende qué es una inhabilidad e incompatibilidad, su deber de NO suscribir contratos con EL HOSPITAL si estuviere en curso de las causales, por lo cual, al suscribir el presente Contrato manifiesta NO estar inhabilitado ni incurso en incompatibilidades consagradas en la norma. **10.** Que, conforme con las anteriores consideraciones y de acuerdo con la normatividad vigente, se desprende que esta contratación cuyas cláusulas se enuncian a continuación es jurídicamente viable: **CLAUSULA PRIMERA – OBJETO:** EL CONTRATISTA se obliga para con EL HOSPITAL a la **“PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.”**, de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad. **CLAUSULA SEGUNDA – ACEPTACIÓN DE DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ENTIDAD:** EL CONTRATISTA se obliga con la entidad, en desarrollo de este CONTRATO de Prestación de Servicios, a respetar las disposiciones y los procedimientos internos técnicos y administrativos, y las políticas que se fijan por parte de EL HOSPITAL, con el fin de prestar en forma óptima el servicio contratado. EL CONTRATISTA garantiza la prestación de los servicios contratados en la cantidad y calidad acordados con el contratante. **CLAUSULA TERCERA - PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución será de **DOS (02) MESES**, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato. **CLAUSULA CUARTA – VALOR:** Para todos los efectos, el valor del presente contrato se suscribe por la suma de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS (\$4.200.000) M/CTE**, incluidos los impuestos de ley a que haya lugar. **CLAUSULA QUINTA - FORMA DE PAGO:** El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E cancelará el valor del contrato de la siguiente manera: En mensualidades vencidas, iguales y sucesivas por valor de **DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS (\$2,100,000) M/CTE**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato, previa presentación del informe de actividades desarrolladas, la respectiva factura de venta y/o cuenta de cobro, certificación de pago de aportes al SGSSS y aportes parafiscales, junto la certificación de cumplimiento por el supervisor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1º del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con diez (10) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO TERCERO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería Hospital, a través de la

 Hospital CASTILLA LA NUEVA E.S.E.	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				 MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	NIT 900.004.059-7				
	CONTRATOS				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO	
	DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 3 de 6	

consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista señale en una de las entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos y/o cheque de acuerdo a la solicitud por parte del contratista, previos los descuentos de ley. **PARÁGRAFO CUARTO:** EL HOSPITAL, sólo adquiere obligaciones con el proponente favorecido en el proceso de contratación y bajo ningún motivo o circunstancia aceptará pagos a terceros.

CLAUSULA SEXTA - DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL: El pago del presente contrato se imputa al presupuesto de la vigencia fiscal 2026 código **CCPET 2.1.2.02.02.008.01.01.03** denominado "SERVICIOS GENERALES" según Certificado de Disponibilidad Presupuestal expedido por el Subgerente Administrativo y Financiero de EL HOSPITAL.

CLAUSULA SEPTIMA - A) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Iniciar la ejecución del presente contrato solo una vez cumplidos los requisitos exigidos para ello y, a más tardar, dentro del día siguiente a aquel en que se suscriba el acta de inicio. **2.** Ejecutar las labores de aseo, limpieza y desinfección en todas las áreas asistenciales y administrativas del hospital, conforme a los protocolos institucionales de bioseguridad y manejo ambiental. **3.** Velar por mantener en condiciones idóneas de higiene las áreas asignadas de EL HOSPITAL. **4.** Vigilar que las diferentes dependencias de EL HOSPITAL se mantengan limpias y ordenadas. **5.** Mantener en óptimas condiciones los equipos e implementos de aseo asignados, respondiendo por su buen uso y conservación, informar sobre cualquier anomalía al personal de EL HOSPITAL. **6.** Aplicar correctamente los protocolos de limpieza y desinfección hospitalaria conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y las políticas institucionales vigentes. **7.** Garantizar el manejo adecuado de residuos hospitalarios y similares, realizando su correcta clasificación, recolección interna y disposición en los puntos de almacenamiento temporal, conforme al PGIRASA institucional. **8.** Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal (EPP) exigidos para cada área, cumpliendo estrictamente las normas de bioseguridad. **9.** Informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con riesgos biológicos, derrames, contaminación o situaciones que afecten la seguridad del entorno hospitalario. **10.** Participar en las capacitaciones programadas por la institución en temas de bioseguridad, residuos hospitalarios y seguridad y salud en el trabajo. **11.** Realizar el proceso de lavado y desinfección de la ropa de manejo hospitalario y utensilios de aseo. **12.** Cumplir con los horarios establecidos para garantizar cobertura continua del servicio, según las necesidades del hospital. **13.** Garantizar el mantenimiento de adecuadas relaciones interpersonales con el personal de planta, demás contratistas, pacientes y usuarios de la institución, actuando bajo principios de respeto, ética y cordialidad. En caso de presentarse reiteradas faltas de comportamiento (tres), debidamente constatadas por el Hospital como consecuencia de quejas verbales o escritas, la Entidad quedará facultada para dar por terminado unilateralmente la orden de prestación de servicios, de conformidad con las disposiciones contractuales vigentes. **14.** EL CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar, y cumpliendo oportunamente con la obligación al sistema de seguridad social integral como trabajador independiente. **15. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO.** **16.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				 MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	NIT 900.004.059-7				
	CONTRATOS				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO	
	DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 4 de 6	

por el SUPERVISOR 17. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución. **B). OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA:** 1. Cumplir con el objeto y obligaciones previstas en el contrato y el estudio previo correspondiente. 2. Cumplir con los requisitos de ejecución del contrato y suscribir el acta de inicio. 3. Asistir y participar en los comités, reuniones, talleres, juntas y demás eventos que le indique el supervisor y se relacionen con el objeto del contrato 4. Mantener la reserva y confidencialidad de la información, documentos y resultados que conozca y obtenga directa o indirectamente con ocasión del servicio desarrollado y deberá abstenerse de divulgar en cualquier tiempo, por cualquier medio de comunicación o demás, e contenido total o parcial de la información que le sea encomendada para el desarrollo de este contrato. 5. Mantener actualizado su domicilio durante el plazo de ejecución del contrato y cuatro meses más y presentarse a la Hospital de castilla la nueva en el momento en que se ha requerido por el mismo, para la suscripción de la correspondiente acta de liquidación en caso de que aplique. 6. Mantener actualizado en el sistema de información y gestión del empleo público SIGEP, su hoja de vida con los respectivos soportes. 7. Informar cualquier anomalía o dificultad que advierta en el desarrollo del contrato y proponer alternativas de solución a las misma. 8. Cumplir con los pagos correspondientes al sistema general de seguridad social integral de conformidad con lo establecido por la normatividad vigente. 9. presentar por escrito informes que solicite el Hospital de castilla la nueva a través del supervisor del presente contrato y presentar a satisfacción del supervisor informes mensuales de avance en los que se relacionen los servicios prestados, en cumplimiento del objeto contractual, las evidencias que soportan el cumplimiento del contrato y se aportaran en medio físico, magnético o digital según determine el supervisor. 10. El contratista no podrá ceder el presente contrato a persona alguna o subcontratar el total o parcialmente el objeto del mismo, sin la autorización previa, expresa y escrita del Hospital de Castilla la nueva E.S.E. 11. EL contratista deberá cumplir con las normas, decretos, resolución y circulares vigentes y aplicables en materia del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo (SG-SST). 12. El contratista deberá cumplir con los protocolos de bioseguridad en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el ministerio de salud y protección social ocasionada por el coronavirus SARS-CoV-2 y deberá contar con sus elementos de protección como autocuidado al momento de ingresar y ejercer su obligación contractual al Hospital de castilla la nueva E.S.E. 13. El contratista deberá participar en todas las reuniones convocadas por la gerencia capacitación relacionadas con la dependencia que se delegue para ello. 14. El contratista deberá asistir a todas las capacitaciones relacionadas con la dependencia para la cual prestan sus servicios a excepción de quienes se encuentre de turno. 15. El contratista deberá acreditar la asistencia a las reuniones y capacitaciones, cuando este exceptuado también deberá acreditar tal situación 16. El CONTRATISTA participará activamente en la difusión de la información institucional en los médicos de comunicación personal con los que cuente. **CLÁUSULA OCTAVA - OBLIGACIONES DEL HOSPITAL:** EL HOSPITAL se compromete para con EL CONTRATISTA a realizar las siguientes actividades del mismo. 1. Cancelar el valor total del Contrato de Prestación de Servicios, de conformidad con la forma estipulada en el mismo, siempre y cuando se haya dado estricto cumplimiento al objeto y dentro de la vigencia del mismo. 2. Entregar al CONTRATISTA la información necesaria para el cabal cumplimiento del objeto del Contrato, así como la información, elementos y herramientas para los servicios, que se requiera para tal fin. 3. Entregar al contratista la lista de los documentos que éste debe entregar para el pago. 4. Comunicar oportunamente cualquier novedad o irregularidad que impida o afecte cumplir con el objeto del Contrato. 5. Designar un supervisor en el manejo técnico y operativo del mismo. 6. EL HOSPITAL entregará los criterios de calificación de la actitud de los profesionales en la práctica del servicio de salud y evaluará la adherencia a ellos, lo anterior como una forma de cumplir con los propósitos institucionales de Humanización del Servicio en Salud **CLÁUSULA NOVENA - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN DEL EMPLEADO**

 Hospital E.S.E. CASTILLA LA NUEVA	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO				 MUNICIPIO DE CASTILLA LA NUEVA
	NIT 900.004.059-7				
	CONTRATOS				
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO	
	DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 5 de 6	

PÚBLICO: Este Contrato de Prestación de Servicios no confiere la calidad de empleado público ni de trabajador oficial a EL CONTRATISTA y excluye todo reconocimiento legal que pueda derivarse de él. Este Contrato de Prestación de Servicios no genera derecho de permanencia en el servicio, ni vinculación laboral entre EL HOSPITAL Y EL CONTRATISTA. **PARAGRAFO PRIMERO - EXCLUSIÓN DEL RÉGIMEN PRESTACIONAL:** Por no estar sometido este Contrato de Prestación de Servicios al régimen laboral, no causa prestaciones sociales a cargo de EL HOSPITAL ni a favor de EL CONTRATISTA, tales como salarios, horas extras, auxilios, subsidios, seguros, primas, indemnizaciones, cesantías, servicios médicos, etc. en desarrollo y ejecución de dicho contrato. Las partes expresan que el vínculo existente entre ellas es eminentemente civil y que, por ende, estará regido por las normas consagradas en las legislaciones civil y comercial, y demás disposiciones concordantes previstas para este tipo de contrato y por ningún caso existirá relación laboral alguna entre EL HOSPITAL y EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO SEGUNDO – EJECUCIÓN AUTONOMA:** EL CONTRATISTA ejecutará el objeto del presente Contrato con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume y sin subordinación con respecto al HOSPITAL. **PARÁGRAFO TERCERO – ENTENDIMIENTO DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL:** EL CONTRATISTA ha recibido explicación clara y concisa de la vinculación contractual por parte de EL HOSPITAL, por lo cual entiende que el desarrollo de sus actividades profesionales son autónomas y se ciñen por las características propias de un contrato de prestación de servicios, a lo cual debe garantizar que de ninguna forma las condiciones del contrato muten e incurran en un contrato de realidad, por lo cual entiende que hay comunicación directa con GERENCIA para manifestar si alguna acción de funcionario o contratista incurre en acción de subordinar, para que este inmediatamente frene esta acción y tome acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMA – SUPERVISIÓN:** La SUPERVISIÓN del presente contrato estará a cargo del funcionario que designe la GERENCIA, y el apoyo a la supervisión se delegará en profesionales que por su actividad contractual requieren direccionar las acciones del área a su cargo. El SUPERVISOR del contrato podrá requerir a EL CONTRATISTA para lograr el encausamiento del desarrollo del objeto contractual, para encausar el manejo técnico y operativo, buscando una concertación en el cumplimiento de las obligaciones contractuales. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA – GARANTIA UNICA:** EL CONTRATISTA en atención al valor del contrato no requerirá garantías para amparar el riesgo por cuanto en el estatuto de contratación de la entidad, en su artículo 8º, inciso tercero contempla la obligatoriedad para los contratos superiores a veinticinco (25) S.M.L.M.V. De igual forma, la Matriz de Riesgos no estableció la necesidad de suscribir garantías. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – LIQUIDACIÓN:** El presente CONTRATO no será objeto de liquidación de conformidad con el artículo 217 del Decreto Ley 019 de 2012, sin perjuicio de lo establecido en el Art. 18 de la Ley 80 de 1993, sin embargo, se suscribirá un Acta de Terminación para garantizar que la ejecución fue cumplida a cabalidad, y cesa cualquier tipo de obligación y/o vinculación entre las partes. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – DOCUMENTOS:** Los documentos que a continuación se relacionan, para todos los efectos hacen parte integral del Contrato de Prestación de Servicios y, en consecuencia, producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales: a) Hoja de vida de persona natural. b) Estudio previo, c) Los demás documentos que legalmente se requieran y los que se produzcan durante el desarrollo del citado Contrato de Prestación de Servicios. **CLÁUSULA DECIMA CUARTA - RÉGIMEN LEGAL:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se regirá en general por las normas civiles y comerciales vigentes aplicables, las cláusulas establecidas en este Contrato, el Estatuto Interno de Contratación, y el Manual de Contratación de la entidad. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA - MODIFICACIÓN, TERMINACIÓN, INTERPRETACIÓN UNILATERAL:** El Contrato de Prestación de Servicios podrá darse por terminado, modificado e interpretado unilateralmente por el HOSPITAL con sujeción a lo previsto en el Estatuto



HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

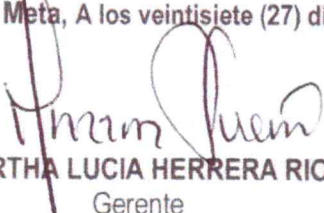
NIT 900.004.059-7

CONTRATOS

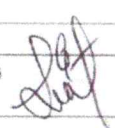
CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	DOCUMENTO CONTROLADO
DE-FR-14	04-07-2024	05	Página 6 de 6



Interno de Contratación y el Manual de Contratación del Hospital. **PARAGRAFO:** Será causal de terminación unilateral expresa, la decisión tomada por el Comité de Control Interno Disciplinario (o por quien haga sus veces de control ético y/o profesional) por las faltas descritas en la ley y las normas internas, de igual forma, la constante situación de diferencias entre funcionarios o contratistas de la entidad, o con la existencia de UNA (1) queja o denuncia formal (probada) de los usuarios, originadas en actos de falla en la atención, actos ilegales, tráfico de influencias y en general cualquier conducta que atente contra la moral, principios y políticas de la entidad. Lo anterior con observancia del conducto regular y respeto al debido proceso. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** Las partes acuerdan que para la solución de las diferencias y discrepancias que surjan de la celebración, ejecución, suspensión, terminación de este Contrato de Prestación de Servicios, acudirán a los procedimientos de transacción, amigable componedor o conciliación. **CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA - PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente Contrato de Prestación de Servicios se entiende perfeccionada con la firma de las partes y para su ejecución se requiere la expedición del respectivo registro presupuestal y la suscripción de la respectiva acta de inicio. **CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA - INDEMNIDAD:** Con ocasión de la celebración, ejecución y liquidación del presente contrato, EL CONTRATISTA se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al Hospital por cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes. **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA - RESPONSABILIDAD:** EL CONTRATISTA responde civil y penalmente tanto por el incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato como por los hechos u omisiones que le fueren imputadas y que causen daño o perjuicio al Hospital. **PARAGRAFO:** se tasa como clausula penal a favor de EL HOSPITAL el equivalente al 20% del valor del contrato, como consecuencia del incumplimiento parcial del contrato (incumplimiento de la obligaciones generales y específicas), cumplimiento defectuoso o nulo cumplimiento del objeto contractual, o no realizando las obligaciones Generales y/o específicas, u/o el objeto contractual en los términos específicos o en el término general que se habla en la cláusula de "PLAZO DE EJECUCIÓN" **CLAUSULA VIGESIMA - CESION DEL CONTRATO:** EL CONTRATISTA. No se podrá ceder total ni parcialmente el presente contrato a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito del Hospital de Castilla La Nueva E.S.E. **CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA - NOTIFICACIONES:** Para todos los efectos del presente contrato, las partes serán notificadas en las siguientes direcciones: EL HOSPITAL en la carrera 8 No. 15 vía Cacayal de Castilla La Nueva - Meta; EL CONTRATISTA en la Dirección: calle 8 6 23 barrio el centro. **Para constancia se firma en el municipio de Castilla La Nueva - Meta, A los veintisiete (27) día del mes de febrero del 2026**


MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
Gerente


HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ
Contratista

Elaboró: Anjhy Tatiana Martínez Chisco Técnico Administrativo	 Revisó: Cristian Camilo Torres Garcia Asesor Jurídico	 Aprobó: Karen Dayanna Calvo Aguirre Subgerente Administrativo y Financiero
--	---	--



Educación



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Hortencia Castro Hernández

CC 31024584 de Castilla La Nueva - Meta

alizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -20 con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-12-21
Fecha de vencimiento: 2027-12-21



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.c

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Educación



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Hortencia Castro Hernández

CC 31024584 de Castilla La Nueva - Meta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud con un total de 60 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-12-23

Fecha de vencimiento: 2027-12-23



FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina

www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.c

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



Corporación Multimédicas

Educación Continua

Certifica que:

HORTENCIA CASTRO HERNANDEZ

C.C: 31.024.584

*Cumplió con los requisitos del **Curso** en:*

GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

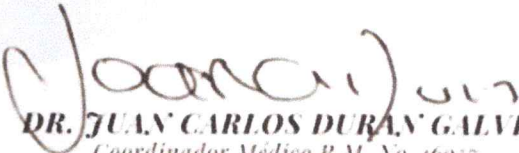
La educación informal no conduce a título alguno, según el Decreto 4904 de 2009

*Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia - **Resolución 3100 de 2019***

*Emitido el **11/06/2026** Válido por **2 años** a partir de la fecha*

*Certificado por **40 horas***


JUAN CARLOS CRISTANCHO DÍAZ
Director Corporación Multimédicas


DR. JUAN CARLOS DURÁN GALVEZ
Coordinador Médico R.M. No. 16937

Para la verificación de autenticidad de este documento, se sugiere escanear el código QR o comunicarse a la línea WhatsApp 3123905971

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	FORMATO CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD			
	CÓDIGO DE-F-04	FECHA 5/04/2025	VERSIÓN 05	

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

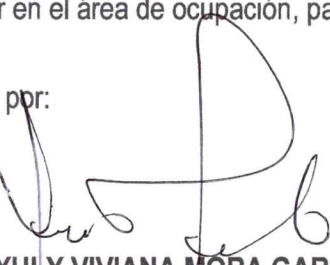
Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

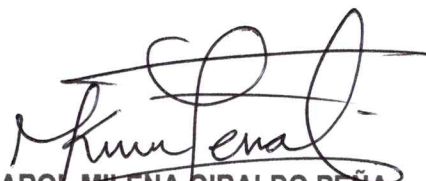
HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Hortencia Castro Hernandez, con CC No. 31024584 de Castilla la Nueva Meta, se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-262

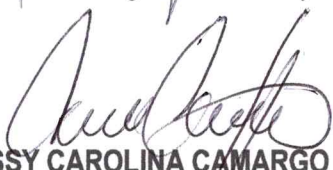
Verificado por:



YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional



KAROL MILENA GIRALDO PEÑA
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II



DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial



CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista