REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.462.305**

CASTILLO HERNANDEZ

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ABR-2000**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

04-MAY-2018 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2100100-01006431-F-1004462305-20180515 0061184969A 1 48770145

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ, Identificado (a) con Cédula No. 1004462305 y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que la **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: 

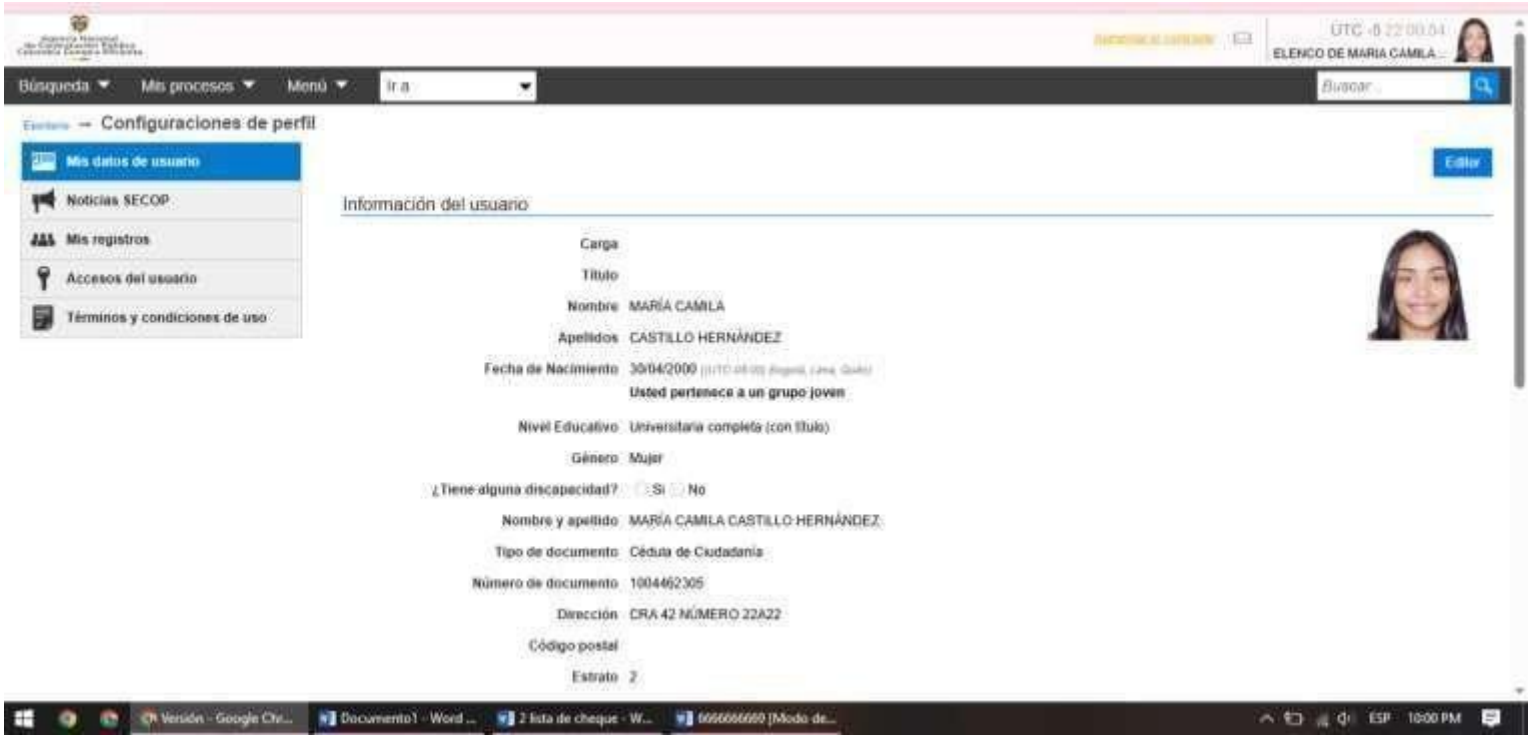
	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	**SI**	**N/A**
1	Cedula de Ciudadanía		
2	Lista de Chequeo firmada		
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)		
4	Propuesta de Servicios		
5	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTORES**)		
7	RUT - Registro Único Tributario (Del año Vigente)		
8	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)		
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
10	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas **(fecha vigente –MES actual**).		
11	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)**		
12	Resolución departamental para ejercer profesión (ASISTENCIALES)		
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)		
14	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos Generales**), desde **$400.000.000** millones de pesos (**Especialistas**) y desde **$100.000.000** millones de pesos. (**Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición**)		
16	Curso Guíade Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
17	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
18	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras, Medicos, especialistas y auxiliares de enfermeria **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
19	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas.		
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)		
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **TOMA DE MUESTRAS** (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)		
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas).		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).		
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Área Asistencial en General)		
26	Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)		
27	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)		
29	**Vacunas (HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA) (todo el personal asistencial Y TENER EN CUENTA LA TABLA DE VACUNAS OBLIGATORIAS – PERSONAL ASISTENCIAL ANEXO PAGINA:2)**		
30	**Certificado de inserción de dispositivos SINOIMOLANT (MEDICOS GENERALES, ENFERMERAS JEFES Y GINECOLOGOS)**		
31	Formato **DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — Diligenciar en la Página web (**https:// https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada.**		
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
33	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
34	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE –** fecha no superior a 30 días)		
35	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM		
36	Certificación Bancaria (Del año Vigente)		

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de Contratación y Talento Humano.

Anexo pagina 2

Cargo	Vacunas	Dosis	Observaciones
Enfermeras	Influenza (anual), Tétano (2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Triple Viral (única), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Mujeres embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años no requieren vacunas vivas
Auxiliares de Enfermería	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
Médicos Generales y Especialistas	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
Bacteriólogos	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
Instrumentadoras Quirúrgicas	Influenza, Tétano, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Triple Viral, Hepatitis A, Covid-19	Según esquema	Igual criterio
UCI	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Triple Viral (única), Covid-19 (mín. 2 dosis), Meningococo (mín. 1 dosis)	Según esquema	Igual criterios de validación: carnet actualizado o titulación; embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años exentos de vacunas vivas.

Cargo	Vacunas	Dosis	Observaciones
Administrativos	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Si presenta primera dosis debe presentar el carnet con la segunda; en ausencia de carnet debe aportar titulación. Personas embarazadas, inmunosuprimidas y >60 años no requieren vacunas vivas (Fiebre amarilla y Triple Viral).
Servicios Generales	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Triple Viral (única), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio de excepciones: embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años no requieren vacunas vivas.
Camilleros	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio.
Vigilantes	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio.
Mantenimiento	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis)	Según esquema	Igual criterio.
Personal Extramural	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única), Hepatitis B (mín. 2 dosis), Triple Viral (única), Hepatitis A (mín. 1 dosis), Covid-19 (mín. 2 dosis), Preexposición Antirrábica Humana (mínimo 2 dosis)	Según esquema	Igual criterios de validación: carnet actualizado o titulación; embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años exentos de vacunas vivas.
Practicantes	Influenza (anual), Tétano (mín. 2 dosis), Fiebre Amarilla (única).	Según esquema	Igual criterios de validación: carnet actualizado o titulación; embarazadas, inmunosuprimidos y >60 años exentos de vacunas vivas.



Número de documento 1004462305

Dirección CRA 42 NÚMERO 22A22

Código postal

Estrato 2

Ubicación Santa Marta

País COLOMBIA

Correo electrónico MCCH0430@GMAIL.COM

Teléfono

Celular 3133187565

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es tu apodo?

Respuesta mella

SMS para recuperar la contraseña 3133187565

Fundación, Magdalena
Octubre de 2026

Señores
ESE Hospital San Rafael de Fundación

Asunto: Propuesta económica para la prestación de servicios profesionales como Enfermera Jefe de los Equipos Básicos en Salud

Cordial saludo,

Yo Maria Camila Castillo Hernandez identificada con cédula de ciudadanía No. 1004462305 y profesional en Enfermería, me permito presentar propuesta para la prestación de servicios profesionales como Enfermera Jefe de los Equipos Básicos en Salud de la ESE Hospital San Rafael de Fundación, en el marco de las actividades de atención integral en zona rural del municipio de Fundación, Magdalena.

Dentro de las acciones a desarrollar como Enfermera Jefe en los Equipos Básicos de Salud, me comprometo a ejecutar las siguientes actividades:

1. Realizar atención integral de enfermería a individuos, familias y comunidades en zona rural, promoviendo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. Ejecutar actividades de seguimiento y control a pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, población infantil y adultos mayores, de acuerdo con las rutas integrales de atención en salud.
3. Liderar jornadas extramurales y visitas domiciliarias para identificación temprana de riesgos en salud y fortalecimiento de la atención primaria.
4. Coordinar y apoyar actividades de educación en salud dirigidas a la comunidad, fomentando hábitos de vida saludable y estrategias de autocuidado.
5. Garantizar el diligenciamiento, reporte y seguimiento oportuno de historias clínicas, formatos e indicadores requeridos por la ESE en el desarrollo de las actividades de los equipos básicos en salud.

PLAZO: El plazo de la propuesta es según lo establecido en los estudios previos

VALOR: El valor de la presente es según lo establecido en los estudios previos

FORMA DE PAGO: Según lo establecido en los estudios previos



MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ
Enfermera Jefe
CC. 1004462305

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141069810511

(415)7707212489984(8020) 000014106981051 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 4 6 2 3 0 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTILLO	HERNANDEZ	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CR 42 A # 22 - 22

42. Correo electrónico: mariacastilloch@unimagdalena.edu.co

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 8 1	2 0 2 3 0 2 1 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-07-26 / 04:55:38AM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASTILLO	HERNANDEZ	MARIA CAMILA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1004462305	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 04 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 42 22A 22 sanfa fe

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

TELÉFONO 3133187565 EMAIL mariacastilloch@unimagdalena.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD	12	2024	1004462305
PREGRADO	9	X		ENFERMERIA	11	2022	1004462305

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
universidad del magdalena	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		gerencia y auditoria de la calidad de la atención en salud	06	2022
fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		atención integrada a las enfermedades prevelentes de la infancia- AIEPI comunitario	01	2023
fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia- AIEPI	01	2023
fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		estrategia IAMI	02	2023
fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		protocolos de atencion integral a victimas de quemaduras con agentes quimicos	02	2023
fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		atención integral a victimas de violencia sexual- código fucsia- resolución 3100/ 2019 y sentencia c- 55- 2022	02	2023
fundacion nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		soporte vital avanzado RCP	02	2023
fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia- AIEPI clinico	02	2023
Fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		atenciÓn psicosocial y salud integral a victimas PAPSIVI	03	2023
fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		acompañamiento en proceso de duelo con énfasis en terapia emocional	03	2023

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA GESTION SALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133187565	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* "URGENCIAS"						*DIRECCIÓN* AVENIDA 22 null null av libertador					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133187565	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* (VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA)						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5	*DEPENDENCIA* GINECOLOGIA Y SALAS DE PARTOS						*DIRECCIÓN* CARRERA 14 23 42					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI_NO X_ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *FUNDACION- 23 SEPTIEMBRE 2026*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

"SIMÓN RODRÍGUEZ"

Res. 1376 de 31 de Octubre de 2008 Código Dane: 247001001405 Nit: 900004187-1

Confiere a:

María Camila Castillo Hernández

Identificado con T.I. No. 1004462305

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según programa de estudio, Ley 115 de 1994, Decretos 1860 de l 03 de Agosto 1994 . Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997- 1290 de 2009 y el proyecto Educativo Institucional



Calixto Liñán

CALIXTO LIÑAN

Rector

Anotado al Folio No. 09 Libro de Registro No. 01 Acta No. 09

Dado en Santa Marta D.T.C.H., a los 7 días del mes de Diciembre del año 2016

No requiere registro, Decreto No.921 del 06 de Mayo de 1994, expedido en el M.E.N.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta
Secretaría de Educación Distrital
Núcleo de Desarrollo Educativo No. 06
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
"SIMÓN RODRÍGUEZ"
Res. 1376 de 31 de Octubre de 2008 Código Dane: 147001001405 Nit: 900004187-1
Diagonal 35 No. 7-80 Mamatoco - ied_simon_rodriguez@hotmail.com

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Santa Marta a los (7) días del mes de Diciembre de 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Auxiliar Administrativo en la Rectoría de la Institución Educativa Distrital Simón Rodríguez aprobada hasta el nivel de Educación Media para otorgar el Título de Bachiller Académico según Resolución 1376 del 31 de Octubre de 2008 emanada de la secretaria de Educación Distrital de santa Marta, Distrito Turístico, Cultural e Histórico.

Comprobada la situación normativa y acedémica del estudiante que cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media según los planes vigentes, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico los graduados cuyos apellidos y nombres se relaciona a continuación:

María Camila Castillo Hernández

Identificado con T.I. No. 1004462305

Es fiel copia tomada del ACTA original N° 09 de fecha 7 de Diciembre de 2016 que consta de alumnos graduados, que comienza con los apellidos y nombres de ACOSTA DANIES GERARDO ANTONIO, y termina con los apellidos y nombres VIZCAINO LEGUIZAMON ROSALINDA.
Firmado y Sellado por CALIXTO LIÑAN FELIPE Rector y ZOILA JIMÉNEZ DE JIMÉNEZ Secretaria.

Dado en Santa Marta, a los Cuatro (7) días de Diciembre del año 2016

Firmado y Sellado

Calixto Liñán

CALIXTO LIÑAN FELIPE
C.C. No. 85.453.436 de Santa Marta
Rector.

Zoila Jimenez de Jimenez

ZOILA JIMÉNEZ DE JIMÉNEZ
C.C. No. 36.534.996 de Santa Marta
Auxiliar Administrativo

República de Colombia,

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre,

LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Personería Jurídica - Resolución 831 del 3 de diciembre de 1974

En atención a que

MARÍA CAMILA CASTILLO HERNÁNDEZ

C.C. N° 1.004.462.305

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, en testimonio de ello le otorga el título de

ENFERMERA

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Marta, a los 17 días del mes de Diciembre de 2022

Acta 2854 en el folio 17 del libro 76 registro N° 65861

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Acreditación Institucional de Alta Calidad
Resolución N° 010288 04 junio 2021 de MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO N° 2854

En Santa Marta D.T.C.H., siendo las 3:00 p.m. del día 17 del mes de diciembre de 2022, se realizó la graduación en ceremonia especial, otorgando a:

MARÍA CAMILA CASTILLO HERNÁNDEZ
C.C. N° 1.004.462.305

El título de **ENFERMERA,** por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para tal efecto.

Se tomó juramento de rigor a **MARÍA CAMILA CASTILLO HERNÁNDEZ**, y se hizo entrega del diploma que la acredita como **ENFERMERA** .

En constancia se extiende y firma la presente acta:

PABLO VERA SALAZAR, PhD
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

Registro N° 65861 en el folio 17 del libro 76 de Diplomas

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

TADEO

LA UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

PERSONERÍA JURÍDICA NO. 2613 DE 1959 MINJUSTICIA
CON LAS DEBIDAS AUTORIZACIONES LEGALES Y EN CONSIDERACIÓN A QUE

María Camila Castillo Hernández

C.C. 1004462305 de Santa Marta

TERMINÓ SATISFACTORIAMENTE LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LAS PRUEBAS REGLAMENTARIAS,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL,
A LOS 25 DÍAS DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2025

RECTOR

DECANO

Ana María Cepeda M
SECRETARIA GENERAL

LIBRO DE REGISTRO DE GRADO No. 29 FOLIO 91 REGISTRO No. 245515
LIBRO DE ACTAS DE GRADO No. 10 FOLIO 58 ACTA DE GRADO No. 0987
DIPLOMA No. 050008

Código de Seguridad: 1707-AA-007158

Código Seguro de Verificación: 47sA3Rz0qX1IRsFT

VIGILADA MINEDUCACIÓN

UTADEO
UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ JORGE TADEO LOZANO

ACTA DE GRADO

La Suscrita Secretaria General de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, certifica la parte pertinente del Acta de Grado número novecientos ochenta y siete (0987) correspondiente al día veinticinco (25) de abril de dos mil veinticinco (2025).

Registrada en el Libro de Actas número diez (10), Folio número cincuenta y ocho (58), y en el Libro de Registro veintinueve (29), Folio número noventa y uno (91), Registro número doscientos cuarenta y cinco mil quinientos quince (245515).

"En la ciudad de Santa Marta, del día veinticinco (25) de abril de dos mil veinticinco (2025), la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano otorgó el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

A

MARÍA CAMILA CASTILLO HERNÁNDEZ

Identificado(a) con C.C. No. 1004462305 expedida en SANTA MARTA, quien terminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los requisitos exigidos por la institución.

El Rector, en nombre y Representación de la Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, confirió el título correspondiente y autorizó la entrega de este.

Se firma la presente Acta, por los que en ella intervinieron:

RECTOR CARLOS SÁNCHEZ GAITÁN
SECRETARIA GENERAL LINA MARÍA CEPEDA MELO
DECANO DE FACULTAD JUAN SANTIAGO JOSÉ CORREA RESTREPO"

Se expide en Bogotá D.C., el día veinticinco (25) de abril de dos mil veinticinco (2025).

Lina María Cepeda M
LINA MARÍA CEPEDA MELO
Secretaria General

Código Seguro de Verificación: HD8oQh9rhqsDI5Dg

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1004462305, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los ocho (8) días del mes de mayo del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ
C.C. 1.004.462.305
Universidad Del Magdalena
Santa Marta
Fecha de Expedición Diploma: 17/12/2022
Fecha de Inscripción en Rethus: 30/01/2023

53989

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.
www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-05-14-10:49:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004462305	MARIA	CAMILA	CASTILLO	HERNANDEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1004462305 registra La siguiente información:

2026-05-14-10:49:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2023-01-30	1004462305	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Decimoprimera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2025
Somos a Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2025

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202835678

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000011835 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
15	05	2026		15	05	2026	23:59 A LAS	15	05	2027	23:59 A LAS	365	15	05	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
15	05	2026	23:59 A LAS	15	05	2027	23:59 A LAS	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

DIRECCIÓN: CR 42 A 22 22 CIUDAD: SANTA MARTA, MAGDALENA TELÉFONO: 3133187565

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

DIRECCIÓN: CR 42 A 22 22 CIUDAD: **SANTA MARTA, MAGDALENA** TELÉFONO: 3133187565

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA

DIRECCION: CARRERA 42 A #22 - 22

ACTIVIDAD: ENFERMERA

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

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

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********84,650	$****15,000.00	$ *******18,934	$ **********118,583

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
JAIME RAFAEL ESCOBAR GUERRERO	8902	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320283567

FIRMA TOMADOR

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

CDDA207A070CF97858 CLIENTE JAIESCOBAR 0

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000011835** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

ASEGURADO: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

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

TEXTO DE LA POLIZA

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

TOMADOR: MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ
ASEGURADO: MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CARRERA 42 A #22 - 22
PROFESION ASEGURADA: Enfermería Profesional
ESPECIALIZACION: Enfermería Profesional

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 15 del mes de 05 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

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

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

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

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

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

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

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

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000011835** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

ASEGURADO: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

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

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

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

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

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

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

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

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

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

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000011835** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

ASEGURADO: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.462.305**

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

TEXTO DE LA POLIZA

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

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

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

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

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

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

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

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

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

CLIENTE

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

María Camila Castillo Hernández

CC 1004462305 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-15
Fecha de vencimiento: 2027-06-15

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

María Camila Castillo Hernández

CC 1004462305 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-17
Fecha de vencimiento: 2027-06-17

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

María Camila Castillo Hernández

CC 1004462305 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3100 / 2019

con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2025-02-21
Fecha de vencimiento: 2027-02-21

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

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:

María Camila Castillo Hernández

CC 1004462305 de Santa Marta

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-17
Fecha de vencimiento: 2027-07-17

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS
NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA CASTILLO HERNÁNDEZ

Identificado(a) con Cédula de CiudadaníaNo° : 1004462305

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS) (BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Activar Windows
Ve a Configuración para activ

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMEDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

MARÍA CAMILA CASTILLO HERNÁNDEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1004462305

Realizó y aprobó el Curso básico de:

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (HSS)(CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2026-06-10, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Win

687a643c-d714-47de-9f2e-cb58ac1f5cb8

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Maria Castillo hernandez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

18 de julio de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=687a643c-d714-47de-9f2e-cb58ac1f5cb8

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL
PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (x) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **07/05/2024 10:10:00** Cargo **ENFERMERA**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ**

Doc. Identidad **CC 1004462305** Edad **24 Años** Género **Femenino**

Dirección **CR 42 # 22A-22 BRR SANTA FE** Teléfono **3133187565**

Escolaridad **Profesional**

Eps **EPS SANITAS**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, COC, THC, VISIOMETRIA, HEMOGRAMA, BACILOSCOPIA, PSICOLOGIA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES
USO DE LENTES MEDICADOS CON NUEVA FORMULA.

-- CONTROL CON OPTOMETRIA DE LA EPS.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual (x) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN	SI (x) NO ( )	ARL	SI ( ) NO ( )	EPS	SI (x) NO ( )

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumpllimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: MARIA CAMILA CASTILLO
CC: 1004462305
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

resultado del Informe medico ocupacional de aptitud.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: MARIA CAMILA CASTILLO
CC: 1004462305
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION

Nit. 819001920 - 7

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA

Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

Fecha examen: **07/05/2024**

VISIOMETRÍA

Doc. Identidad **CC 1004462305** Nombre **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ** Fecha Nacimiento. **30/04/2000**

Entidad **PARTICULAR** Edad **24 años** Ocupación **ENFERMERA**

H.C No | Ingreso **X** | Periódico | Retiro | Caso Ocupacional | Reubicación

Post incapacidad | Trabajo en alturas | Control | Ingreso al SVE

Empresa ESE | Cargo ENFERMERA | Antiguedad del cargo

Fondo de Pensiòn PORVENIR | EPS EPS SANITAS | ARL

ANAMNESIS

Último Examen Visual **14/07/2023** Usa anteojos: SI **X** NO VL **X** VP PC Bifocal

Progresivo Filtros LC RGP LC BLANDO Frecuencia de uso: Permanente **X** Ocasional

Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI NO **X** Cirugías: SI NO **X** Cual ?

Accidentes oculares SI NO **X** Cual ?

Signos y síntomas: Asintomático Disminucíón visual de cerca Disminucíón visual de lejos **X** Cefaleas Resequedad ocular

Ardor Ocular Lagrimeo Cansancio Ocular Irritación/Fotofobia Prurito Ocular Salto de renglón

Antecedentes personales y/o familiares **HIPERTENSION PARTE DE MADRE**

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	**20/50**			**20/200**	**0.50**
OI	**20/30**			**20/100**	**0.50**
AO	**20/50**			**20/50**	**0.50**

LENSOMETRÍA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			º	
OI			º	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival		
Pterigio N		
Pterigio T		
Pinguécula		
Nevus		
Blefaritis		
Blefaritis seborreica		
Secreción		
Leucoma Corneal		
Ptosis palpebral		
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: VP: HISHBERG:

Ducciones: Versiones: PPC:

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica		
Defecto refractivo adecuadamente corregido		
Defecto refractivo inadecuadamente corregido		
Defecto refractivo no corregido	**X**	**X**
Gafas no formuladas		

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática			Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal **X**	Discromatopsia	Ceguera al color		
OI	Normal **X**	Discromatopsia	Ceguera al color		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía		
Ametropía		
Disminución visual	**X**	**X**
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica **X** Valoración por oftalmología

Control Visiometría **X**

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H547 DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION

CONCEPTO

Apto No Apto Aplazado

RECOMENDACIONES

CX SE RECOMIENDA VALORACION POR OPTOMETRIA PARA CAMBIO DE FORMULA

OBSERVACIONES

GAFAS SOLO FORMULADAS PARA VL----



Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO

Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	07 may 2024 10:55:31 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 2
Paciente	**CASTILLO HERNANDEZ MARIA**		Sexo F	Edad 24A 0M 7D	**Nro. De Recepción**	**109788**
Identif.	CC 1004462305	Teléfono		Fecha De Recepción	07 may 2024 09:35:42 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

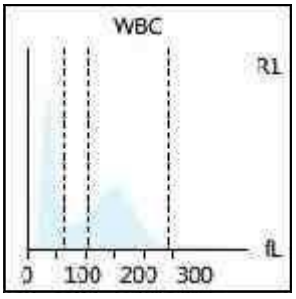
HEMATOLOGIA

1 . HEMOGRAMA TIPO IV

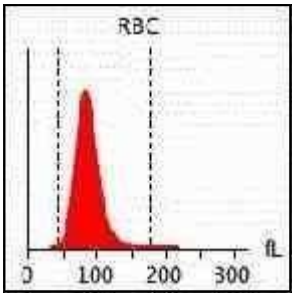
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
Hemoglobina	11,8	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	39,9	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,6	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	86,6	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	25,7	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	29,7	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	14,1	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	42,5	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	5,5	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	51,8	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	2,8	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	37,4	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	2,1	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	10,8	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	0,6	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	281	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,289	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	10,3	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	16,4	fL	6,50 a 12

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 07 may 2024 10:29 am

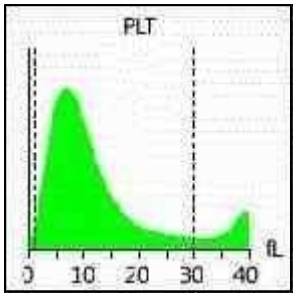
WBC



RBC



PLT



PRUEBAS ESPECIALES

2 . Cocaina en Orina	Negativo	

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 07 may 2024 10:55 am

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO

Nit. 819.001.920-7

Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845

Santa Marta

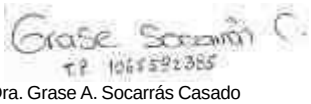
Impreso	07 may 2024 10:55:31 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230
Sede	**PRINCIPAL**					Página 2 de 2
Paciente	**CASTILLO HERNANDEZ MARIA**		Sexo F	Edad 24A 0M 7D	**Nro. De Recepción**	**109788**
Identif.	CC 1004462305	Teléfono		Fecha De Recepción	07 may 2024 09:35:42 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
PRUEBAS ESPECIALES			
3 . MARIHUANA EN ORINA	Negativo		
Inmunocromatografía			

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 07 may 2024 10:55 am

MICROBIOLOGIA			
4 . Bacilo Acido Alcohol Resistente (B.A.A.R)	NEGATIVO		
Muestra Estudiada	ESPUTO		

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 07 may 2024 10:55 am



Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA GHQ-28

MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ

Fecha de interpretación de prueba: 07/05/2024

Edad: 24 AÑOS

Fecha de nacimiento: 30/04/2000

Nivel académico: PROFESIONAL

Numero de Identificación 1004462305

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de 0 punto en síntomas somáticos, 0 puntos en ansiedad- insomnio, 0 puntos en disfunción social y 0 puntos en depresión.

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercibida.

Sugerencias

Ninguno



FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468

CEHOCA

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S.
NIT: 900520510-0

LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DE

CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S.A.S
Nit 900.520.510-0

CERTIFICA QUE:

La señora **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ,** identificado con C.C. 1.004.462.305 de Santa Marta, labora actualmente en la clínica, desde el 22/07/2023 con un contrato a término FIJo, desempeñándose como **JEFE DE ENFERMERIA,** con una asignación básica de **UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($1.580. 000)**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los (30) Treinta días del mes de Octubre de 2023.

Cordialmente,

PAULA SIMMONDS RONDON
Auxiliar Administrativo
Centros Hospitalarios del Caribe S.A.S

Santa Marta, 31 de marzo del 2026

GESTIÓN SALUD S.A.S

CERTIFICA:

Que **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1004462305,** laboro en esta institución desempeñándose como **ENFERMERA JEFE,** desde el 27 de julio del 2025 hasta el 31 de marzo del 2026 por medio de un contrato a término indefinido.

La presente se expide en Santa Marta, a los 31 días del mes de marzo del 2026.

Cordialmente,

EDNA ROCIO FIERRO MENDEZ
Directora de Gestión Humana
Gestión Salud S.A.S

LA COORDINADORA DE DOCENCIA – SERVICIO E INVESTIGACIÓN

HACE CONSTAR

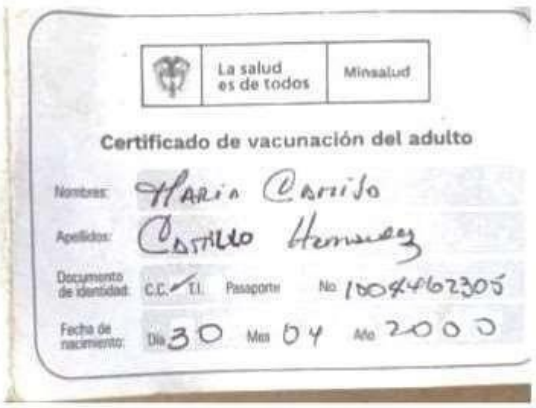
Que la joven **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.004.462.305 el programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena, realizó prácticas profesionales teniendo en cuenta el plan de estudio asignado a su rotación, durante el periodo comprendido del 08 de agosto hasta el 30 de noviembre del año 2022, durante su estancia en la Institución cumplió con el reglamento, el horario, las actividades encomendadas y observó buen comportamiento.

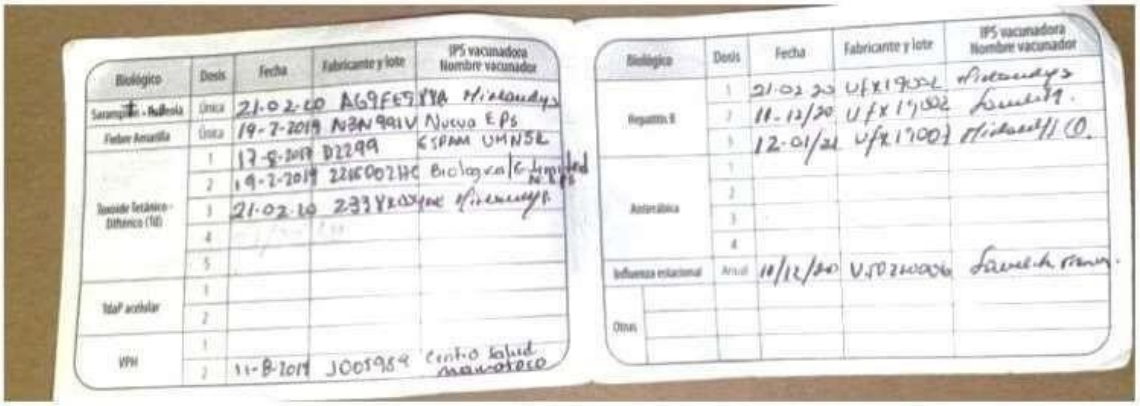
Se expide la presente certificación en Santa Marta, a los treinta (30) días del mes de noviembre de 2022

BRIGITT NATHALY GARCIA SANCHEZ
Coordinadora

PROYECTÓ: JUANA Ma. PERTUZ C.







Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única	21-02-20	AG9FE578A	Mirandys
Fiebre Amarilla	Única	19-7-2019	N3N991V	Nueva EPS
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	17-8-2019	D2299	ESPAM UMNSL
	2	19-2-2019	22650021HC	Biologica/Colsubsidio NUEVA EPS
	3	21-02-20	233Y203YHC	Mirandys
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2	11-8-2019	JC01989	Centro Salud manantiales

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	21-02-20	U[illegible]	Mirandys
	2	11-12/20	U[illegible]	Sandra.
	3	12-01/21	U[illegible]	Mirandys C.
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	11/12/20	V.502W006	Sandra Ramos
Otras				

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: da0cc8f-6d5d-421c-8b14-ce8a7008eb88

Nombres y apellidos / Full name: **MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ**

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

Número de identificación / ID Number: **1 0 0 4 4 6 2 3 0 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **30/04/2000**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3133187565**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	19	08	2016		D2272	BIENESTAR IPS SEDE CITY MALL	
COVID PFIZER	Primera	26	04	2021	PFIZER	ET6924	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA	LUIS CABALLERO
COVID PFIZER	Segunda	18	05	2021	PFIZER	EW0206	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA	LUZ ESPERANZA COCA CHAVEZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	12	02	2022	PFIZER	FM2965	NATALIS S.A.S. PERINATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y ULTRASONIDO PRENATAL	NACIRIS ELENA GONZALEZ CORREA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	08	2022	Green Cross	V50222014	HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	AZURIS PATRICIA CORREA CARBONO
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	05	10	2022	Moderna Biotech	066B22-2A	UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA SANTA MARTA	ELIANA VILLAMIL
Fiebre Amarilla	Única	25	10	2023	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	228VFC039Z	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS	OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA
TD Adulto	Segunda	25	10	2023	Serum	2332L004B	STA MARTA PUESTO DE SALUD LOS ALMENDROS	OMAIRA CECILIA ESCOBAR BOVEA
Meningococo Tetravalente ACWY Particular	Primera	08	08	2025		U8315AB	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILLANUEVA - CC26668902 - ACTIVO
DPTa Acelular Adulto Particular	Única	08	08	2025		3CA49C6	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILLANUEVA - CC26668902 - ACTIVO
Varicela Particular	Primera	05	09	2025		Z008367	STA MARTA CAJAMAG MAGDALENA	LAUDITH PATRICIA TRONCOSO VILLANUEVA - CC26668902 - INACTIVO

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

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

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

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







Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	26 ABR 2021	Pfizer	EH6924 FW	Sanitas EPS	Yessica Rodriguez	1004745363
	2	18 MAY 2021	Pfizer.	0206	sanitas EPS	Yes [illegible]	37438761
	3	[illegible]	Pfizer	210118	Nohel	[illegible]	[illegible]

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-05-15 10:45

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CAMILA	CASTILLO	HERNANDEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1004462305

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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 SAN RAFAEL - FUNDACION

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Dirección	[" CALLE 16 - 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO"]

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 ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar
EN INTERVENCIÓN

Nit: 900.226.715-3

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS COOSALUD EPS S.A.
Régimen Contributivo

La EPS COOSALUD EPS S.A., CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 1004462305
Apellidos:	CASTILLO HERNANDEZ
Nombres:	MARIA CAMILA
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia/Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/09/2026
Departamento de Afiliación:	MAGDALENA
Municipio de Afiliación:	SANTA MARTA
Zona:	Rural - Dispersal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS	CARRERA 19 N 26 B - 53	MEDICINA GENERAL P y P

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 1 de Septiembre de 2026 a solicitud del interesado.

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Aseguramiento Nacional
COOSALUD EPS S.A.

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.462.305**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de septiembre del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CER_AFI_2026027389815

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA CASTILLO HERNANDEZ identificado con CC. 1004462305 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	HOSPITAL SAN RAFAEL
Tipo y Numero de Documento	NI – 891780008

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/05/16	**Fecha inicio contrato**	2026/05/15
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de septiembre 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: **CC15052026N1004462305A18094664.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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 1004462305 **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 22/09/2026 12:08 AM

Código Verificación: **5RHUSTG9ZM**

Válida hasta: **13/010/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación
Bancaria

Viernes, 15 de mayo de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA CAMIL CASTILLO HERNANDEZ identificado(a) con CC 1004462305, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	91226445981	2021-09-20	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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