REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.071.840.382

APELLIDOS
CASTRO ABRIL

NOMBRES
DIANA ZOLANYI

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1995
LENGUAZAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-ABR-2013 LENGUAZAQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1515400-00788745-F-1071840382-20160215 0048352397A 1 45903952

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Castro	Abril	Diana Zolanyi

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1071840382	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR			
PRIMERA CLASE ○	SEGUNDA CLASE ○	NÚMERO	D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES 03 AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO LENGUAZAQUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8 SUR 8 52

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO NEMOCÓN

TELÉFONO 3203898848 EMAIL solcastro_10@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2012
										X				

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).

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
ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	2400	X		TECNICO POR COMPETENCIAS LABORALES EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2016

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

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 SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SUESCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* SUESCA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3016746953	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	29	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA DE EQUIPOS BASICOS D	*DEPENDENCIA* APS - SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 9A 3 80					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3123479966	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL -- NEMOCON, CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* NEMOCÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3158282378	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 40 SUR					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS ESPECIALES PARA EMPRESAS SESPEM			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* ZIPAQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFDERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 1 15 90					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* CUIDADO ADULTO MAYOR					*DIRECCIÓN* CALLE 117 6A 22					

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*					

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	1	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento NEMOCON 24/09/2026

JOHANGIE CASTRO A.

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.

Nemocón 02/10/2026

Ciudad y fecha

Néstor Castañeda

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES, RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 201

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-09-24 01:09

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DIANA	ZOLANYI	CASTRO	ABRIL

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1071840382

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	CHOCONTÁ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	NEMOCÓN

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 VICENTE DE PAUL – NEMOCON, CUNDINAMARCA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	NEMOCÓN

Dirección	["CARRERA 6 No 9 - 40 SUR NEMOCON"]
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, presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestac 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 declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o 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	$28.800.000
Cesantías e intereses de cesantías	$0
Gastos de representación	$0
Arriendos	$0
Honorarios	$0
Otros ingresos y rentas	$0
TOTAL	$28.800.000

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 a inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$500.000

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	NEMOCÓN	$260.000.000

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO HIPOTECARIO	$28.000.000

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 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 regis de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con 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 [X] 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
HERNAN	AUGUSTO	LOPEZ	MENDEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1071840210

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

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad 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 consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labo 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 ju directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lu (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 sc

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:

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL
RURAL "SIMON BOLIVAR"
LENGUAZAQUE CUNDINAMARCA
NIT. 900050054-6
APROBACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN No. 002568 DEL 02 DE JUNIO DE 2005
RECONOCIMIENTO OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN No. 001845 DEL 31 DE MARZO DE 2008
RECONOCIMIENTO MEDIA TECNICA EN EXPLOTACIONES ECOLOGICAS AGROPECUARIAS
RESOLUCIÓN 011073 DEL 20 DE DICIEMBRE DE 2011
CÓDIGO DANE No. 225407000040
CÓDIGO ICFES 151472
www.ierdsimonbolivar.edu.co
rector@ierdsimonbolivar.edu.co
coordinador@ierdsimonbolivar.edu.co

Acta Individual de Graduación

En Lenguazaque, a los siete (7) días del mes de Diciembre del año lectivo 2012, se reunieron los suscritos Rector y Coordinador con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del grado undécimo, en la rectoría de la Institución Educativa Rural Departamental "SIMÓN BOLIVAR" del municipio de Lenguazaque, establecimiento educativo con reconocimiento oficial según resolución No. 001845 de Marzo 31 de 2008 autorizado para expedir EL DIPLOMA DE BACHILLER ACADÉMICO y Resolución No.011075 del 20 de Diciembre de 2011 con reconocimiento de media técnica en explotaciones ecológicas agropecuarias.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar "EL TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO" al graduando cuyo apellidos y nombres y numero de documento de identidad se relacionan a continuación.

Castro Abril Diana Zolanyi

Identificado (a) con Documento de Identidad No. 95032316779 de Lenguazaque

Es fiel copia tomada del libro de actas No. 01 Acta de graduación No. 004 del siete (7) de Diciembre de 2012 que consta de Veintidós (22) alumnos graduandos, comienza por el nombre de ABRIL CUEVAS ANGIE NAYIVE y termina con el nombre de YEPEZ BALLEN JAIRO

Firmada y sellada por ISRAEL CASTAÑEDA PACHON (Rector) y HELBER ISAAC CARDENAS CASTIBLANCO (Coordinador).

Dada en Lenguazaque Cundinamarca a los Siete (07) días del mes de Diciembre del año dos mil doce (2012).

MG Israel Castañeda Pachón
C.C. No. 2984237 de Carmen de Carupa
Rector

DI Helber Isaac Cárdenas Castiblanco
C.C. No. 80029817 de Bogotá D.C.
Coordinador

Contribuimos con la educación rural de Colombia

Powered by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Rural Departamental "Simón Bolivar"

Lenguazaque - Cundinamarca

Aprobación oficial según resolución No. 001845 de Marzo 31 de 2008
y Resolución No. 011075 del 20 de Diciembre 2011 con reconocimiento
de media técnica en explotaciones ecológicas agropecuarias

Confiere a

Castro Abril Diana Zolanyi

Identificado (a) con Documento de Identidad No. 95032316779 de Lenguazaque

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación
media académica (Ley 115 de 1994, decreto 1290 de 2009 y el PEI),
según planes y programas vigentes.

MG Israel Castañeda Pachón
C.C. No. 298-1237 de Carmen de Carupa
Rector

DI Helber Isaac Cárdenas Castiblanco
C.C. No. 80029017 de Bogotá D.C.
Coordinador

Anotado en el Libro para el control interno de Diplomas No. 1
Dado en Lenguazaque a los siete (7) días del mes de Diciembre de 2012

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2130 de Diciembre de 1993 Presidencia de la República.

Powered by CamScanner

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"
Bogotá, D.C. Sede Chapinero

"Una contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Aprobada por el Ministerio de Salud. Acuerdo Ejecutivo No. 04 de Noviembre 30 de 1993, Acuerdo Ejecutivo No. 028 de 1998, Acuerdo Ejecutivo No. 118 de Diciembre 23 de 2008. Ministerio de la Protección Social, Resolución 1535 de Abril 14 de 1994, No. 4058 del 22 de diciembre de 2003, No. 02-0004, No. 817 del 6 de marzo de 2006, de 6 de enero de 2010, Resolución N° 02018 del 21 de Abril de 2015 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

ACTA INDIVIDUAL

En la ciudad de Bogotá a los Veintitrés (23) días del mes de Julio del año 2016, se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de los estudios del programa " TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA POR COMPETENCIAS LABORALES", las suscrita Rectora y Secretaria en la Rectoría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron satisfactoriamente, los estudios correspondientes al programa académico **TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA POR COMPETENCIAS LABORALES,** se procedió a otorgar **EL CERTIFICADO,** a la egresada cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. o T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
DIANA ZOLANYI CASTRO ABRIL	1.071.840.382	LENGUAZAQUE

Es fiel copia tomada de su acta original N° 045 de fecha 23 de Julio de 2016, que consta de 49 alumnos, que comienza con el nombre **HEIDY LORENA ARGUELLO ORTIZ** y se cierra con el nombre de **DARLY YISETH YEPEZ RODRIGUEZ**

Firmado y sellado por MARINA ROBAYO (Rectora) y MARIA PATRICIA LOPEZ (Secretaria).

Dada en Bogotá, a los Veintitrés (23) días del mes de Julio del año 2016.

LA RECTORA
C.C. No. 21.214.263 de Vicio

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" Bogotá D.C. RECTORIA

LA SECRETARIA
C.C. No. 40.367.583 de Vicio

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" Bogotá D.C. SECRETARIO

Powered by CamScanner

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
El Ministerio de la Protección Social
La Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
y en su Nombre

Escuela de Salud "San Pedro Clauer"

Bogotá D.C.

Una Contribución a la Vida, a la Salud y al Bienestar de la Humanidad
Institución Educativa para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobación Oficial según Acuerdo Ejecutivo No 110 de Diciembre 23 de 2008, Acuerdo 0355 del 28 de Noviembre de 2014
Registro Oficial Programa Resolución 02-0004 Enero 06 de 2010 - Resolución Nº 02018 del 21 de Abril de 2015
de la Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital.

Confiere a:

Diana Zolanyi Castro Abril

C.C. 1,071,840,382 de Lenguazaque

Certificado de Aptitud Ocupacional, Como

Técnico por Competencias Laborales

Por haber cursado y culminado satisfactoriamente los Estudios de:

Auxiliar en Enfermería



Rectoría

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" Bogotá D.C. RECTORIA

Secretaría

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" Bogotá D.C. SECRETARIA

Dada en Bogotá D.C. 23 Julio 16 ... 31 ... 09

Powered by CamScanner

SESPEM

LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA OFICINA BOGOTA
DE SERVICIOS ESPECIALES PARA EMPRESAS
SESPEM SAS
Nit. 800.249.518-5

CERTIFICA QUE

El Señora **CASTRO ABRIL DIANA ZOLANYI** identificado con cedula de ciudadanía N° 1071840382, laboro en nuestra organización desde el 21 de junio de 2024 hasta el 31 de marzo de 2025, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación salarial básica mensual de un Millón Cuatrocientos Veintiocho Mil de Pesos ($1.428.000) y con un contrato por duración de la obra o labor contratada.

La presente certificación se expide a solicitud del Interesado en la ciudad de Bogota D.C a los 30 treinta días del mes de abril del año 2025.

Atentamente,

MARIA VELEZ LOPEZ
DIRECTORA OPERATIVA
SESPEM BOGOTA

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 5d8809e8-2da2-4017-8a35-385b9f7d5e67

Nombres y apellidos / Full name: **DIANA ZOLANYI CASTRO ABRIL**

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

Número de identificación / ID Number: **1071840382**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **23/03/1995**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3203898848**

Correo electrónico / e-mail: **SOLCASTRO_10@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Triple viral	Primera dosis	07	03	2015	Trimovax Merieux	K5364-2	IPS MUNDO SALUD	
TD Adulto	Primera	24	04	2019		221501517B	ZIPAQUIRA CORPORACIÓN NUESTRA IPS	ERIKA YAZMIN ALARCON GUZMAN
TD Adulto	Segunda	24	05	2019		221501517B	ZIPAQUIRA CORPORACIÓN NUESTRA IPS	ERIKA YAZMIN ALARCON GUZMAN
TdaP Acelular Gestante	Anual	27	06	2019		AC37B295DB	ZIPAQUIRA CORPORACIÓN NUESTRA IPS	YENNY YOLANDA SANCHEZ GOMEZ
COVID PFIZER	Primera	06	09	2021	PFIZER	FF8843	NEMOCON ESE SAN VICENTE DE PAUL	MARTHA MELO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	09	2021		V50221007	NEMOCON ESE SAN VICENTE DE PAUL	NOHORA YANETH BONZA DE DIOS
COVID PFIZER	Segunda	05	10	2021		FH8021	COGUA CENTRO DE SALUD	SANDRA HOYOS
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	02	2023	Green Cross	V50222010	COGUA CENTRO DE SALUD	SANDRA HOYOS
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	12	07	2024	Catalent Indiana	016J23A	CENTRO DE SALUD CAFAM ZIPAQUIRA CENTRO	ANDREA JIMENEZ MONTAÑO

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

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

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

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

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

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

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

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

Este carné es válido en Colom
Será exigido para entrar a zonas de

Consérvel

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

PÓR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Diana Zolanyi
Apellidos: Castro Abril
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1071840382
Fecha de Nacimiento: Día 23 Mes 03 Año 1995

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: DIANELE
Apellidos: CASTRO ABRIL
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1071840382
Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 03 Año 1995

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Diana Zolanyi
Apellidos: Castro Abril
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1071840382
Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 03 Año 1995

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	24/04/19	22150151 7B	
	2	24/05/19	22150151 7B	
	3			
	4	27 julio 2020.		
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	Unica	21/5/19	T3841V	
	Unica	07.07.21	V5022 1003	
Virus de Papiloma Humano				
Dpt a	Unica	27/6/19	AC37B295DB	
		@ Refuerzo	2021	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			Sandra A. Hoyos
Influenza estacional	Anual	21-02-23	VS022010	C.C. 20892136 Vacunadora Aux. de Enfermeria
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	06 SEP 2021	PFIZER	FF8843	HOSPITAL DE NEMOCÓN con corazón	Andrea Melo Obando Aux. enfermeria C.C. 20760159	
	2	05-10-21	PFIZER	FH8021	HDS COGUA	Sandra A. Hoyos C.C. 20892136 Vacunadora Aux. de Enfermeria	

Powered by CamScanner

HUS

LABORATORIO CLINICO
INFORME DE RESULTADOS

SAM

Paciente:	**CASTRO ABRIL,DIANA ZOLANYI**	**Fecha de Recepcion:**	29/04/2025 03:37 p. m.
Identificacion:	**1071840382**	**Fecha Impresion:**	29/04/2025 04:17 p. m.
Edad:	30A 1M 8D Sexo: Femenino	**Ambito:**	Hospitalizacion
Convenio:	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO	**Cama:**	
Centro Solicitante:	Hospital Regional de Zipaquira	**Folio:**	32

04290576

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA
	INMUNOQUIMICA		
VIH 1 Y 2 ANTICUERPOS Y ANTIGENO P 24	0.06		0.00 - 0.90
METODOLOGÍA: Quimioluminiscencia			
RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA	NO REACTIVO MENOR DE 0.9 ZONA GRIS DE 0.9 - 1.0 REACTIVO MAYOR O IGUAL A 1.0		

Sharon Pert

SHARON MARGARITA PERTUZ DE LA HOZ
Bacteriologa
Fecha Validacion: 29/04/2025 04:17:21 p. m.

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **10750** *de* **12/09/2016**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994 y Resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CASTRO ABRIL DIANA ZOLANYI Identificado(a) con CC número 1071840382 expedida en LENGUAZAQUE solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 23/07/2016.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a CASTRO ABRIL DIANA ZOLANYI identificado(a) con CC número 1071840382 expedida en LENGUAZAQUE para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **12/09/2016**

OLGA ELOISA BUITRAGO SANCHEZ.
Directora de Calidad de Servicios de Salud (E).

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Victor Sánchez

Bogotá, D.C 19-10-16
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) ZOLANYI CASTRO ABRIL
CC. # 1071840382
Firma DIANGIE CASTRO ABRIL

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 24 de septiembre de 2026, a las 00:35:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1071840382
Código de Verificación	1071840382260924003504

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303560858

PIB
22:52:51

Bogotá DC, 23 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA ZOLANYI CASTRO ABRIL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1071840382:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:59:37 PM horas del 23/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1071840382**

Apellidos y Nombres: **CASTRO ABRIL DIANA ZOLANYI**

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.

DIJIN

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

Todos los derechos reservados

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:17:59 horas del 24/09/2026 el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1071840382,** Apellidos y Nombres **CASTRO ABRIL DIANA ZOLANYI**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**, con NIT **860024026-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

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, 24/09/2026 02:21:19 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1071840382** y Nombre: **DIANA ZOLANYI CASTRO ABRIL.**

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. **148306832** . 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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1071840382 **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 24/09/2026 01:06 PM

Código Verificación: **PTHXS8EALR**

Válida hasta: **24/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141046203271

(415)7707212489984(8020) 000014104620327 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6 DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 1 8 4 0 3 8 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 1 8 4 0 3 8 2	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Lenguazaque 4 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	ABRIL	DIANA	ZOLANYI

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Nemocón 4 8 6

41. Dirección principal: CONJ ZAFIRO

42. Correo electrónico: lhermanoaugusto@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 6 1 0 1 9	8 6 9 2	2 0 1 6 1 0 1 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2024-06-13 / 12:06:03PM

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 ABRIL DIANA ZOLANYI

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO