



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CONTRATACION
SOACHA - CUNDINAMARCA
NIT. 800.006.850-3

CERT- 501-2025

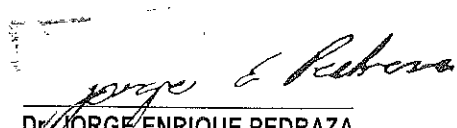
LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA**, cambio de razón social a apartir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado. Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que la señor (a), **INGRITH LORENA CASTILLA DAZA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No **1.007.407.626**, suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios con La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**:

Nº CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
1067-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA ASISTENCIAL, EN EL PROCESO DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA EN MARCO DEL CONTRATO DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (PYM)- MEDIANTE LA MODALIDAD DE CAPITA SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	\$9.000.000.00	4/08/2025 HASTA 04/10/2025

Se expide a solicitud de la interesada, a los veintidós (22) días del mes de octubre de 2025.


Dr. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Sub Gerente Administrativo y financiero.

Reviso: Yaasmin Rafael Deluque Toro – Referente Especializado de Contratacion y Apoyo a la oficina de Asesoría Jurídica
Proyecto: Leticia vanegas – Auxiliar Administrativo

CERT- 501-2025

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA

CERTIFICA

Que de conformidad con la Ordenanza 07 del 31 de marzo del 2020 y el Decreto 221 del 9 de junio de 2021, la **E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS de SOACHA**, cambio de razón social a apartir del primero (01) de julio de 2022 a **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, coherente con lo que estipula el acuerdo 019 expedido por la Junta Directiva de la institución, manteniendo la misma persona jurídica y continuando con el mismo Gerente y Representante legal designado. Que una vez revisada la base de datos que se encuentra en la oficina de Contratacion, archivos de Gestión y archivo central de la Institución, se constata que la señor (a), **INGRITH LORENA CASTILLA DAZA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No **1.007.407.626**, suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios con La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**:

Nº CONTRATO	OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	VIGENCIA CONTRATO
1067-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA ASISTENCIAL, EN EL PROCESO DE EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DE LA SUBGERENCIA COMUNITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA EN MARCO DEL CONTRATO DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (PYM)- MEDIANTE LA MODALIDAD DE CAPITA SUSCRITO ENTRE NUEVA EPS Y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.	\$9.000.000.00	4/08/2025 HASTA 04/10/2025

Se expide a solicitud de la interesada, a los veintidós (22) días del mes de octubre de 2025.



DR. JORGE ENRIQUE PEDRAZA
Sub Gerente Administrativo y financiero.

Reviso: Yaasmin Rafael Deluque Toro – Referente Especializado de Contratacion y Apoyo a la oficina de Asesoría Jurídica
Proyecto: Leticia vanegas – Auxiliar Administrativo



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DAZA	NOMBRES INGRITH LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1007407626	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES JUN AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 7 ESTE 30 49 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3105105924 EMAIL castillo-i@javeriana.edu.co

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 Bachiller Académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2016	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría o Magister). DC (Doctorado o PhD).

Relacione al frente el número de la tarjeta profesional (si esta ha sido prevista en una ley)

Modalidad	No. Semestres	Graduado	Nombre de los estudios		Terminación		No. de Tarjeta
Académica	Aprobados	SI NO	O título obtenido		Mes	Año	Profesional
Universitaria	9	X	ENFERMERIA		5	2024	1007407626

OTROS ESTUDIOS

Diligencie este punto en estricto orden cronológico:

Nombre del curso	Institución de formación	Año terminación	Horas
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electrónica validador: null

684597

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratos.bienes@hmg.gov.co	
TELÉFONOS 7309230	FECHA DE INGRESO DIA 4 MES 8 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 9 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO enfermera	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN soacha hospital mario gaitan yanguas	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	0	1
Total	0	1

Firma electronica validador: null

684597

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

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

Firma electronica validador: null



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:20/10/2025

CONTRIBUYENTE

C.C. 1007407626

INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CR 7 ESTE 30 49 Teléfonos: 3105105924
Dirección electrónica: castillo-i@javeriana.edu.co Ciudad: SOACHA Municipio: CUNDINAMARCA
Fecha de Inscripción: 20/10/2025 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO
Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Certificado visual

Paciente INGRITH LORENA CASTILLO DAZA Documento 1007407626 Celular 3105105924
Dirección 754 Edad 25 Teléfono
Afiliación PARTICULAR Ocupación ENFERMERA

Acompañante NO APLICA Vínculo NO APLICA Teléfono NO APLICA
Dirección NO APLICA

Motivo consulta CERTIFICADO DE APTITUD VISUAL LABORAL

Antecedentes
personales NIEGA

Antecedentes
familiares NIEGA

AV Lejos		AV Cerca		Subjetivo							
SC	CC	SC	CC		Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AV VL	AV VC
20/	20/ 20		0.50M	OD	-3,50	-1,50	0		31	20	0.50M
20/	20/ 20		0.50M	OI	-3,50	-1,25	0		31	20	0.50M

AR BLUE

Oftalmoscopia

ANILLO NEURORETINIANO DE BORDES
DEFINIDOS, RELACION A/V, TAPETE
NEURORETINIANO APLICADO

Exámen externo

PARPADOS SANOS, CONJUNTIVA CLARA
EN ZONAS EXPUESTAS, MEDIOS
TRANSPARENTES, VAN HERICK FORMADO

Exámen motor

KrimskyNo Cover TSí

VL Ortho

40cm X

20cm X

Visión cromática

15/15 TEST DE ISHIHARA

Estereopsis

40" DE ARCO STEREO FLY TEST

Diagnóstico

AO H521 MIOPIA

AO H522 ASTIGMATISMO

Disposición**Recomendación****CONDUCTA**

1. SE MANTIENE RX ACTUAL, RX ESTABLE
2. ESTADO VISUAL DENTRO DE LA NORMALIDAD
2. CONTROL 1 AÑO

Firma

Dra. Liliana López R
Optometrista
TP: 123351055
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Certificado visual

Paciente INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

Documento 1007407626

Celular 3105105924

Dirección 754

Edad 25

Teléfono

Afiliación PARTICULAR

Ocupación ENFERMERA

Acompañante NO APLICA

Vínculo NO APLICA

Teléfono NO APLICA

Dirección NO APLICA

Motivo consulta CERTIFICADO DE APTITUD VISUAL LABORAL

Antecedentes
personales NIEGAAntecedentes
familiares NIEGA

AV Lejos		AV Cerca		Subjetivo							
SC	CC	SC	CC		Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AV VL	AV VC
20/	20/ 20		0.50M	OD	-3,50	-1,50	0		31	20	0.50M
20/	20/ 20		0.50M	OI	-3,50	-1,25	0		31	20	0.50M

AR BLUE

OftalmoscopiaANILLO NEURORETINIANO DE BORDES
DEFINIDOS, RELACION AV, TAPETE
NEURORETINIANO APLICADO**Exámen externo**PARPADOS SANOS, CONJUNTIVA CLARA
EN ZONAS EXPUESTAS, MEDIOS
TRANSPARENTES, VAN HERICK FORMADO**Exámen motor**

KrimskyNo Cover TSÍ

VL Ortho

40cm X

20cm X

Visión cromática

15/15 TEST DE ISHIHARA

Estereopsis

40" DE ARCO STEREO FLY TEST

Diagnóstico

AO H521 MIOPIA

AO H522 ASTIGMATISMO

Disposición**Recomendación****CONDUCTA**

1. SE MANTIENE RX ACTUAL, RX ESTABLE
2. ESTADO VISUAL DENTRO DE LA NORMALIDAD
2. CONTROL 1 AÑO

Firma

Dr. Liliana López Reyéz
Médico Oftalmólogo
Reg. Médico 5970187
C.C. 79.151.035



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DAZA	NOMBRES INGRITH LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1007407626	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES JUN AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 7 ESTE 30 49 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3105105924 EMAIL castillo-i@javeriana.edu.co

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 Bachiller Académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2016	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	9	X	ENFERMERIA		5	2024	1007407626

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electronica validador: null

684597

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	0	0
Total	0	0

Firma electronica validador: null

684597

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

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

Firma electronica validador: null

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR

OBSERVACIONES: _____



Nos apasiona verte vital y saludable

Carné de Vacunación

Nombre: Ingrith Lorena Castillo Peña

Identificación: 1007407626 Teléfono: _____

Dirección: I. P. S. SOACHA

VACUNACIÓN

Vigilado SuperSalud

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1a			
	2a			
	3a			

HEPATITIS A	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1a			
	2a			

VARICELA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1a			
	2a			

INFLUENZA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1a	<u>03 OCT. 2023</u>	<u>F10</u>	<u>Adriana Osuna</u>
	2a	<u>17 OCT. 2025</u>	<u>US052 SC06</u>	<u>Diana T. Hinoj</u>

FIEBRE AMARILLA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1a			

T.D.	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1a			
	2a			
	3a			
	4a			
	5a			

VPH	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE N°	VACUNADOR
	1a			
	2a			
	3a			

Triple Viral: 23 AGO. 2023

INFLUVAC TETRA
TEMPORALDA 2023
Uso subcutáneo profundo intramuscular
Suspensión inyectable
1 dosis de 0.5 ml.
Abbott Biologics B.V.
Reg San Inmex 2020XAMH-0000008

Este carné y con Abbott

Priorix
Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vaccina contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola
Storage/Cons.: 2°C - 8°C. Do not freeze
Ne pas congeler / No congelar
Inj./Inyec.: S.C./I.M.
GSK Biologicals s.a. Rixensart - Belgium

Lote: F10
Fab: 01 2023
Vence: 12 2023



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE GRADO N° 202407260403

En la ciudad de Bogotá, el día 26 de Julio de 2024, se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ENFERMERA

A

INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

identificado(a) con CC N° 1007407626, quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 214291 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 26 de Julio de 2024.



Jairo H. Cifuentes Madrid
SECRETARIO GENERAL

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

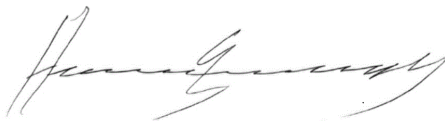
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 15 de octubre de 2025, a las 14:06:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007407626
Código de Verificación	1007407626251015140643

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



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

“Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”

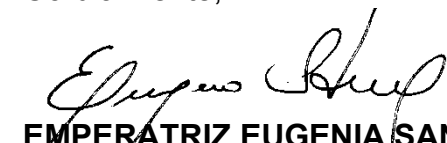
HACE CONSTAR QUE

La enfermera **INGRITH LORENA CASTILLO DAZA** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.007.407.626, 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 veintiséis (26) días del mes de junio del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,



EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: El correo electrónico actual del Tribunal Nacional Ético de Enfermería para los certificados es trienfercertificado@gmail.com y para la información en general es trienfer@gmail.com

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com/ trienfer@gmail.com



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **INGRITH LORENA CASTILLO DAZA**, quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1007407626** de BOGOTÁ D.C.

(MIL SIETE MILLONES CUATROCIENTOS SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

- * El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- * 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- * Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).
- * Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.
- * Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.
- * Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:18:01 PM horas del 15/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1007407626**

Apellidos y Nombres: **CASTILLO DAZA INGRITH LORENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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





Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

Bogotá D.C. 15/10/2025.

Señores: (NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)

Pontificia Universidad Javeriana.

Por medio de la presente, yo INGRITH LORENA CASTILLO DAZA, identificado con número de documento 1007407626, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: Enfermera

Cordialmente,

Ingrith Lorena Castillo Daza.

Firma

Nombre INGRITH LORENA CASTILLO DAZA.

No. Documento: 1007407626.

Teléfono: 3105105924.

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

Bogotá D.C.,

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Ciudad,

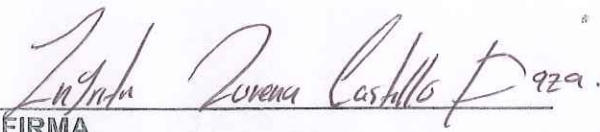
ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como **(ENFERMERA)** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA¹, SIDEAP², SECOP II³ y ReTHUS⁴ (En el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud).

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

NÚMERO DE CÉDULA: 1007407626

DIRECCIÓN: CARRERA 7 ESTE # 30-49

TELÉFONO: 3105105924

CORREO ELECTRÓNICO: Castillo-i@javeriana.edu.co

¹ Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.

² <https://sideap.serviciocivil.gov.co>

³ Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocer la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.

⁴ Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.407.626**

CASTILLO DAZA

APELLIDOS

INGRITH LORENA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-2000**

SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

21-JUN-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-01077775-F-1007407626-20190628

0065637680A 1

9909144343

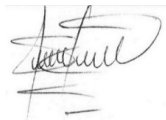
REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **INGRITH LORENA CASTILLO DAZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007407626**, se encuentra afiliado/a desde **25/06/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de junio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	INGRITH LORENA CASTILLO DAZA
Identificación:	1007407626
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	castillo-i@javeriana.edu.co
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	14/10/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entre en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:

INGRITH LORENA CASTILLO DAZA 14/10/2025 01:11:42

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

CC: 1007407626

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: 2c57e61d31adeda2640cb898d01b98ba8859542f80cd9d0f5403b54f862d8994

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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, 15/10/2025 02:16:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1007407626** y Nombre: **INGRITH LORENA CASTILLO DAZA.**

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. **124957797** . 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 Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA****GOV.CO**

BANCO DE HOJAS DE VIDA DE BOGOTÁ, D.C.

Su número de registro es: **867822**, conserve este número de registro.

[Descargar registro aquí](#)

1. Datos personales

Primer nombre ingrith	Otros nombres lorena	Primer apellido castillo
Segundo apellido daza	Fecha de Nacimiento 05/06/2000	Sexo Mujer
Teléfono de contacto 3105105924	Correo electrónico personal castillo- i@javeriana.edu.co	Dirección de residencia carrera 7 este # 30-49
Ciudad de residencia Bogotá D.C.	Localidad de residencia Bosa	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Título académico	Graduado	Semestres cursados
Universitaria	ENFERMERÍA	Si	0

Otros estudios

Nombre del curso	Graduado	Horas
------------------	----------	-------

++++++

Nombre del curso	Graduado	Horas
------------------	----------	-------

<https://bancoproveedores.serviciocivil.gov.co/index.html>



1/2

12/10/25, 0:29

TalentoBogotá

No se encontraron otros estudios registrados

3. Idiomas

Idioma	Lo escribe	Lo lee	Lo habla
español (o castellano)	Muy bien	Muy bien	Muy bien

Copyright 2019
Departamento Administrativo
del Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ



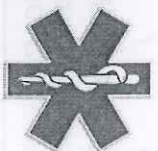
BOGOTÁ

A-

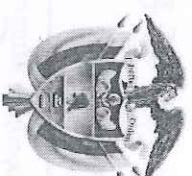
A+







ASOCIACION AJUDISP BOGOTA-COLOMBIA



NTI. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
5306Co07622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2023-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. Junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y
3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: INGRIDH LORENA CASTILLO DAZA

C.C. 1007407626 DE BOGOTA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 40 HORAS



Asociación Juvenil de Estudios
Sociales y Políticos
A) NIT: 901.364.935-1 A)
AJUDISP AJUDISP AJUDISP

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780 A)
AJUDISP Asociación AJUDISP AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá

REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP

NTI. 901364935-1

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS 18 DIAS DEL MES DE JUNIO
DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

C.C 1.007.407.626

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 14 de octubre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 769350601000

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

Yo, IJGERITH LORENA CASTILLO DAZA identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1007407626 expedida en la ciudad de Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI () NO (X) tengo suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación de servicios **VIGENTES Y EN EJECUCIÓN**:

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los 15 () días del mes de 10 del año 2025.

FIRMA Ijgerith Lorena Castillo Daza.

NOMBRES COMPLETOS IJGERITH LORENA CASTILLO DAZA

C.C. No. 1007407626

TELEFONO 3105105924

DIRECCIÓN Carrera 7 este #30-49.

CORREO Castillo-ig.buvariana.edu.co



HUELLA

La República de Colombia



En su Nombre
La Institución Educativa

Liceo los Angeles

Aprobado por La Secretaria de Educación de Soacha
Según Resolución Número 0062 del 25 de Octubre de 2004

Confiere el Título de:

Bachiller Académico

A

CASTILLO DAZA INGRITH LORENA

Identificado(a) Con Tarjeta de Identidad Número 1007407626 de Bogotá

Quien cumplió satisfactoriamente lo establecido en La Ley General 115 de 1994 y Decretos Reglamentarios Correspondiente al Grado 11° de Educación Media Académica y lo Acredita para continuar Estudios Superiores

Dado en Soacha a los 5 días del mes de Diciembre del año 2016

Gloria Bernal Rincón
MATERA RECTORA

Orlando Rodríguez Guevara
MATEO, SECRETARIO

NO REQUIERE REGISTRO SEGUN DECRETO 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994
NO REQUIERE SELLOS SEGUN DECRETO 2150 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE DE 1.933 – MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

CC 1007407626

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD
Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO

EN LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA

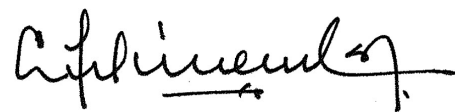
LE OTORGA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

ENFERMERA

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, EL SECRETARIO GENERAL Y EL DECANO DE FACULTAD
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 26 DÍAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2024

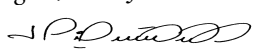


No 214291


RECTOR


DECANO DE FACULTAD


SECRETARIO GENERAL


Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá
Secretaría General
Este Diploma está registrado en el
Acta de Grado N°. 202407260403
Bogotá, 26 de Julio de 2024

SECRETARIO GENERAL

**CLINICA IPS EUGENIO DIAZ SAS**

NL 900810768 - 8

Dirección: CL 12 A # 9 -914

Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

Fecha 25/06/2025 15:24:00 Empresa CONVENIO PARTICULAR 001

Nombre INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

Cargo ENFERMERA JEFE

Doc. Identidad CC 1007407626



1 ENFASIS OSTEOMUSCULAR

2 OPTOMETRIA

3

4

5

6

7

8

9

Apto para el cargo

☒ ☐ ☐ ☐

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones

☐ ☐

Aplazado

☐ ☐ ☐ ☐

Requiere restricciones de actividades

☐ ☐

Apto con restricciones

☐ ☒ ☐ ☐

Requiere reubicación laboral temporal

☐ ☐

Apto para trabajar en alturas

☐ ☐ ☒ ☐

Requiere reubicación laboral permanente

☐ ☐

Apto para trabajar en espacios confinados

☐ ☐ ☒ ☐

Apto para trabajar en alturas

☐ ☐

Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido

☐ ☐ ☒ ☐

Apto para trabajar en espacios confinados

☐ ☐

Apto para participar en la brigada

☐ ☐ ☒ ☐

Apto para trabajar en alturas

☐ ☐

Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista

☒ ☐ ☐ ☐

Sospecha de enfermedad Profesional

☐ ☐

Secuelas de Accidentes de Trabajo

☐ ☐

Enfermedad Común

☐ ☐**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**Visual ☒ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐**REMISIÓN**SI ☐ NO ☒ ARLSI ☐ NO ☒ EPSSI ☐ NO ☒

OPTOMETRIA: Control anual. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

RIESGO CARDIOVASCULAR: Bajo

1. Pausas activas 5 min por cada 4 horas de trabajo

Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICO GENERAL EN
SEGURIDAD Y SALUD DEL
TRABAJO
C C 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017

Ingrith Lorena Castillo Daza
Trabajador: INGRITH LORENA CASTILLO DAZA
CC 1007407626

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: CL 12 A # 9 -914 Teléfono: 8822218
Email: CLINICAEUGENIODIAZ2015@GMAIL.COM

Captura Biométrica

Doc. Identidad CC 1007407626 Nombre INGRITH LORENA CASTILLO DAZA Fecha Nacimiento 05/06/2000
Entidad PARTICULAR Edad 25 años Ocupación ENFERMERA JEFE
H.C No Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Caso Ocupacional ☐ Reubicación ☐
Post incapacidad ☐ Trabajo en alturas ☐ Control ☐ Ingreso al SVE ☐
Empresa CONVENIO PARTICULAR 001 Cargo ENFERMERA JEFE Antigüedad del cargo 0 MES
Fondo de Pensión COLPENSIONES EPS ARL NO SABE

Último Examen Visual 1 AÑO Usa anteojos: SI ☒ NO ☐ VL ☐ VP ☐ PC ☐ Bifocal ☐
Progresivo ☐ Filtros ☐ LC RGP ☐ LC BLANDO ☒ Frecuencia de uso: Permanente ☒ Ocasional ☐
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? SI ☐ NO ☒ Cirugías: SI ☐ NO ☒ Cual? NO REFIERE,
Accidentes oculares SI ☐ NO ☒ Cual? NO REFIERE, USA LENTES 15 DIAS
Signos y síntomas: Asintomático ☐ Disminución visual de cerca ☒ Disminución visual de lejos ☒ Cefaleas ☐ Resequedad ocular ☐
Ardor Ocular ☐ Lagrimeo ☐ Cansancio Ocular ☒ Irritación ☐ Fotofobia ☐ Prurito Ocular ☐ Salto de renglón ☐
Antecedentes personales y/o familiares NO REFIERE, NO SINTOMAS COVID VACUNA COVID 4 DOSIS /2023, HIPERTENSION - ABUELO

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD	20/20	20/20	-	-	-
OI	20/20	20/20	-	-	-
AO	-	-	-	-	-

ESF	CIL	EJE	ADD
OD	-	-	-
OI	-	-	-

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

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

VL: - VP: - HISHBERG: -
Ducciones: - Versiones: - PPC: -

Valoración por OD OI
No requiere corrección óptica ☐ ☐
Defecto refractivo adecuadamente corregido ☒ ☒
Defecto refractivo inadecuadamente corregido ☐ ☐
Defecto refractivo no corregido ☐ ☐
Gafas no formuladas ☐ ☐

Visión cromática Vis. profun. Vis. confon.
OD Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐
OI Normal ☒ Discromatopsia ☐ Ceguera al color ☐

Valoración por OD OI
Emetropía ☐ ☐
Ametropía ☒ ☒
Disminución visual ☐ ☐
Otros:

Valoración por OD OI
Valoración por optometría clínica ☐ Valoración por oftalmología ☐
Control Visiometría ☒

Refracción: ESF	Esfera	Cilindro	Eje
OD	-	-	-
OI	-	-	-

Subjetivo:	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD	-	-	-	-	-
OI	-	-	-	-	-

H521 MIOPIA

☒ Apto ☐ No Apto ☐ Aplazado

RECOMENDACIONES
LENTE IZQUIERDO OPACO

OBSERVACIONES

1. USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE. Y/O (MONOGAFAS DE SEGURIDAD) A NECESIDAD DE LABOR.
2. PAUSAS VISUALES
3. CONTROL ANUAL

2. Higiene postural
3. Uso de bloqueador solar > 60
4. Prevenir los riesgos de trabajo de campo (seguridad, mordedura por animal, quemadura solar, accidente de tránsito)
5. Uso de los elementos de protección personal
6. Sigla los lineamientos de bioseguridad de la empresa
7. Disminuir el consumo de carbohidratos
8. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

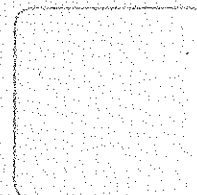
Monica Alejandra Perez Navarrete
MEDICINA GENERAL EN
SEGURIDAD Y SALUD DE
TRABAJO
C.C. 1030583036

MONICA ALEJANDRA PEREZ NAVARRETE
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y
MEDICINA LABORAL
CC: 1030583036 RM: RES 11741 DE 09/10/2017



Trabajador: INGRITH LORENA CASTILLO DAZA
CC 1007407626

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

El futuro
es de todosGobierno
de ColombiaDECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Última Actualización: 14-oct-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1007407626 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Soacha

Dirección KR 7 ESTE 30 49

Teléfonos 3105105924 3105105924

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 4.500.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 4.500.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	22125285213	BANCOLOMBIA SOACHA	\$ 4.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	CREDITO ESTUDIANTIL	\$ 1.000.000,00

 <div>El futuro es de todos</div> <div>Gobierno de Colombia</div>	<div>FORMULARIO ÚNICO</div> <div>DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA</div> <div>Persona Natural</div> <div>(LEY 190 DE 1995)</div>	<div>ENTIDAD RECEPTORA</div> <div>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</div> <div></div> <div>Última Actualización: 14-oct-2025</div>
---	---	---

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
INGRITH LORENA CASTILLO DAZA 14/10/2025 01:02:47
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-oct-2025
CIUDAD Y FECHA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALA 101
Oficina de Atención al Ciudadano
de Bogotá D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS

CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ PPT ☐

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1007407676 FECHA DE NACIMIENTO: 05 - JUNIO - 2000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: INGRITH LORENA CASTILLO DAZA.

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 7 Este #30-49 San Mateo.

LOCALIDAD: San Mateo Soacha.

TELÉFONO FIJO: // N° CELULAR: 3105105924

CORREO ELECTRÓNICO: castillo-i@laverana.edu.co

EPS: Colsonidas FONDO DE PENSIONES Colpensiones ARL Colpalma

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☐ NO ☒

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☐ NO ☒

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE ☐ NA. ☐

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ☐ NA. ☐

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL? ☐

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐

OTRO ¿CUÁL? NO.

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☒

¿CUÁL ENTIDAD? ☐

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒

SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? ☐

SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐

OTRO, ¿CUÁL? ☐

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: YADIRA DAZA.

NÚMERO DE CONTACTO: 3133841846

Ingrith Lorena Castillo Daza.

Nombres Apellidos y Firma

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. CORPORACIÓN AUTÓNOMA DE DESARROLLO URBANO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA		DE-GRI-FT-08 V3

CONSIDERACIONES

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4 de la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como Entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, con Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

- a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
- b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos.
- c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- d) El control y la prevención del riesgo.
- e) La liquidación y pago de cuentas.
- f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
- i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
- j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
- l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR CITADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLA CONSIDERE NECESARIOS.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:

- a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros.
- c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios.
- d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelante gestión para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros.
- e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredsur.gov.co) en el Link "POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

☒ Acepto

☐ No acepto

1. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA	15/10/2025	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ_D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ_D.C.
TIPO DE VINCULACIÓN CON LA ENTIDAD	CONTRATISTA OPS	CUAL?		N/A	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	CASTILLO	PRIMER NOMBRE	INGRITH		
SEGUNDO APELLIDO:	DAZA	SEGUNDO NOMBRE	LORENA		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	1007407626		
LUGAR DE EXPEDICION	BOGOTA	FECHA DE EXPEDICION	21/06/2018		
FECHA DE NACIMIENTO	05/06/2000	PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA		
NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCION RESIDENCIA	CARRERA 7 ESTE #30-49		PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA	
TIPO DE VIVIENDA	PROPIA	3105105924	TELÉFONO FIJO	N/A	
CORREO ELECTRÓNICO	CASTILLO-I@JAVERIANA.EDU.CO		ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	
NIVEL DE ESTUDIOS	UNIVERSITARIO	OTRO - CUAL?	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	ENFERMERA
2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO					
PRIMER APELLIDO	N/A	PRIMER NOMBRE	N/A		
SEGUNDO APELLIDO:	N/A	SEGUNDO NOMBRE	N/A		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	N/A		
LUGAR DE EXPEDICION	N/A	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA		

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. CORPORACIÓN PÚBLICA DE NUESTRO DEPARTAMENTO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

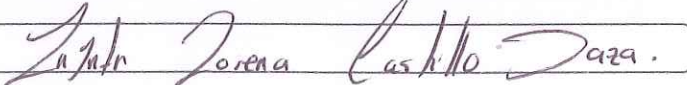
3. PERSONA JURÍDICA													
RAZÓN SOCIAL					NIT		CORREO ELECTRÓNICO						
N/A					N/A		N/A						
TIPO DE SOCIEDAD:					N/A								
TIPO DE EMPRESA:					PRIVADA	N/A	PUBLICA	N/A	MIXTA	N/A	SIN ANIMO DE LUCRO	N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA					N/A					SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL			N/A
CODIGO CIU (PRINCIPAL)					N/A					SELECCIONAR CODIGO			
CODIGO CIU (SECUNDARIO)					N/A					SELECCIONAR CODIGO			
DECLARA RENTA		NO APLICA		ES RESPONSABLE DE IVA		NO APLICA		ESTA OBLIGADO A FACTURAR		NO			
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					N/A					NIT		N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					N/A		SI SELECCION OTRO - INDIQUE CUAL		N/A		TELÉFONO		N/A
DIRECCIÓN					N/A					PAIS		N/A	
DEPARTAMENTO - ESTADO					N/A					CIUDAD O MUNICIPIO		N/A	
CARGO O PERFIL ACTUAL					N/A								

4. REPRESENTANTE LEGAL																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		TIPO DOCUMENTO				N° IDENTIFICACIÓN					
N/A		N/A		N/A		N/A		CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A	
LUGAR DE EXPEDICION DEL DOCUMENTO		DIRECCIÓN		N/A				TELÉFONO				CIUDAD					
N/A		N/A		N/A				N/A				N/A					

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN											
¿Administra recursos públicos?		NO APLICA		¿Ejerce algún grado de poder público?		NO APLICA		¿Tiene reconocimiento público?		NO	
¿Es usted un servidor público?		NO APLICA		¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?		NO APLICA		¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?		NO APLICA	
¿Tienen vínculo con una persona expuesta públicamente (PEP)? Reportar vínculos con: Primer y segundo grado de consanguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueros y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes.										NO APLICA	
En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:											
Vínculo o relación		Tipo de documento		Numero de documento		Nombre Completo					
N/A		N/A		N/A		N/A					
N/A		N/A		N/A		N/A					
N/A		N/A		N/A		N/A					
N/A		N/A		N/A		N/A					
N/A		N/A		N/A		N/A					

5. INFORMACIÓN FINANCIERA															
FECHA DE CORTE		31/12/2024		TOTAL ACTIVOS		N/A		TOTAL PASIVOS		\$ 1.500.000,00		TOTAL PATRIMONIO		N/A	
INGRESOS MENSUALES		N/A		OTROS INGRESOS MENSUALES		N/A		TOTAL INGRESOS MENSUALES		N/A		TOTAL EGRESOS MENSUALES		\$ 1.500.000,00	
CONCEPTO OTROS INGRESOS				N/A											
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:				NO		CUAL		N/A							
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR				NO		En caso afirmativo diligencie los siguientes datos									
PRODUCTO		NUMERO PRODUCTO		ENTIDAD		MONEDA		ENTIDAD		CIUDAD		PAIS			
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS									
Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":									
Declaro expresamente que:									
1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.									
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.									
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.									
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.									
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).									
ENFERMERA									

7. FIRMA Y HUELLA									
COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO									
FIRMA AUTOGRAFA O ESCANEADA Y PONER HUELLA									
									
Firma									
									
Huella única Derecho									



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CASTILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DAZA	NOMBRES INGRITH LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1007407626	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES JUN AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 7 ESTE 30 49 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3105105924 EMAIL castillo-i@javeriana.edu.co

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 Bachiller Académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2016	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	9	X	ENFERMERIA		5	2024	1007407626

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

Firma electronica validador: null

684597

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	0	0
Total	0	0

Firma electronica validador: null

684597

Documento electrónico: null
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null Ingrith Lorena castillo Daza
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

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

Firma electronica validador: null



Agencia Nacional
de Contratación Pública
Colombia Compra Eficiente

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 13:12:41



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio

OPORTUNIDADES
RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0

Suscripciones

0

En edición

0

Adjudicaciones pendientes

0

Invitaciones directas

0

Nuevos informes



Mantenimiento
en SECOP II

Desde

Viernes 17 de octubre a las 02:00 a. m.

Hasta

Viernes 17 de octubre a las 04:00 a. m.

Durante este tiempo la plataforma n

Herramienta Recortes

pero la información y los datos se conservaran seguros en

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensajes

Todos

Sin mensajes...

Más información .

Oportunidades de ne

Recibidas

Sin oportunidades

Más información .

3 14°C
Despejado

Buscar



ESP
LAA

1:12 p. m.
15/10/2025

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) INGRITH LORENA CASTILLO DAZA identificado(a) con CC 1007407626 registra La siguiente información:

2025-10-15→12:25:16 PM

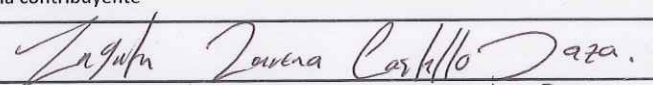
Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2025-05-12	1007407626	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).

RIT	SOLICITUD DE REGISTRO Y/O NOVEDADES RIT DIRECCION DISTRITAL DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ - DIB	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">ESPACIO PARA RADICADO</div>
Lea las instrucciones al respaldo, diligencie sin tachones, borrones ni enmendaduras		
A. OPCIÓN DE USO		
1. Registro ☒ 2. Novedades ☐		
B. DATOS DEL CONTRIBUYENTE		
3. Naturaleza Jurídica Persona Natural ☒ Persona Jurídica ☐		
4. Tipo de Identificación CC ☒ CE ☐ PA ☐ TI ☐ NUIP ☐ NITE ☐ RC ☐ PEP ☐ PIP ☐ CD ☐ NIT ☐		
No. 1007407626 D.V. ☐		
5. Nombre Completo / Razon social		
Nombre 1 INGRITH Nombre 2 LORENA		
Apellido 1 CASTILLO Apellido 2 DAZA		
6. Dirección Notificación CARRERA 7 Este #30-49.		
7. Municipio SOACHA 8. Departamento CUNDINAMARCA 9. Telefono X 10. Celular 310510597		
11. Correo electrónico castillo-i6 Javeriana.edu.co		
12 Red social (tipo) facebook Usuario red social LORENA CASTILLO DAZA.		
C. FIRMAS		
Firma contribuyente		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%;"></div><div style="width: 50%;"></div></div>		
Nombre INGRITH LORENA CASTILLO DAZA		
Tipo de Documento CC No. 1007407626		



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



Salud



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

INGRITH LORENA CASTILLO DAZA

C.C. 1.007.407.626

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá D.C.

Fecha de Expedición del Diploma: 26/07/2024

Fecha de Inscripción en Rethus: 12/05/2025



67555

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

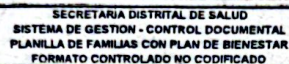
Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la
Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.



Elaborado por: Referentes Equipos Más Bienestar en tu Hogar
Revisado por: Referentes Equipos Más Bienestar en tu Hogar
Aprobado por: Subdirector(a) de Acciones Colectivas y Asesor de Despacho para los
Equipos Más Bienestar en tu Hogar

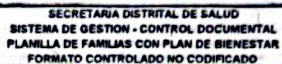
Localidad	05me	Zona	urbana	UPZ/UPR	61	Barrio	ciudad de usme	Vereda	
Código de familia	448741	Código de predio	389061	Teléfonos de contacto	3188344067	Evento/Prioridad	Familias en menores de 5 años		
Usuario índice	Silome Garzon Lasso	Tipo de Documento	RC	Número de documento	7023032659	Número de documento (Ajustado)			

[illegible][illegible]

La Secretaría Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud María Suribay Occidente/Centro Oriente E.S.E son los responsables del tratamiento de los datos personales consignados por el o los usuarios, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, del Decreto 1074 de 2015 y de la política de tratamiento de datos personales de las entidades, respetando los derechos de los titulares y asumiendo las obligaciones que esto implica.

La impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA y no se garantiza que esté correspondiendo a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requerimientos de ley.

Observaciones: (Aplica únicamente para registros donde no se cuenta con la firma de alguno de los integrantes de la familia)



Elaborado por: Referentes Equipos Más Bienestar en tu Hogar
Revisado por: Referentes Equipos Más Bienestar en tu Hogar
Aprobado por: Subdirector(a) de Asesorías Colectivas y Asesor de Despacho para los Equipos Más Bienestar en tu Hogar

Localidad	USME	Zona	Orizaba	UPZ/UPR	56	Barrio	alaska	Vereda	
Código de familia	309187	Código de predio	645383	Telefonos de contacto	3195539187	Evento/Prioridad	Puerillas con niños menores de 5 años.		
Usuario índice	Gabriela Orizaba	ii Piz	Orizaba	Tipo de Documento	RC	Número de documento	1078625193	Número de documento (Ajustado)	

Gestion Documental			Fecha	Persona que recibe la visita	Actividad desarrollada						Equipo de desarrollo el Plan de Bienestar						Firma de la persona que recibe la visita
Estado Planilla	Carpeta	Caja			Abordaje hospitalario	Caracterización	Actualización	Implementación Plan de Bienestar	Cierre								
			14/12/2016	Jenny Alexandra Ovalle		X				Perf. Enfermera Ingrida Lorenza Castillo	Perf.		Perf.		Jenny Rodriguez		
			13/01/2016	Jenny Alexandra Ovalle				X		Perf. enfermera Ingrida Lorenza Castillo	Perf.		Perf.		Jenny Rodriguez		
			31/01/2016	Jenny Alexandra Ovalle				X		Perf. Enfermera Ingrida Lorenza Castillo	Perf.		Perf.		Jenny Rodriguez		
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				
										Perf.			Perf.				
										Firma			Firma				

El uso de los valores aquí relacionados, conlleva y autoriza de manera voluntaria, sobre expresa e inequívoca el tratamiento de datos e información sensible que se recolectan y registran tanto en este formulario como en el aplicativo en línea donde se ingresa la información relacionada con las acciones, en el marco de la ejecución de los convenios interadministrativos de los Equipos Básicos Extremos, en todas sus modalidades, presentadas, usadas, compiladas, transmitidas, transferidas, actualizadas y dispuestas para este fin, conforme a lo que establece la Ley 1581 de 2012, capítulo 2º, del Decreto 1074 del 2015 (unión reglamentada del sector comercio, industria y turismo) y la política de la Secretaría Distrital de Salud de tratamiento y protección de datos, que se puede consultar en el siguiente link: https://www.saludcapital.gov.co/Documentos/Política_Proteccion_datos_P.pdf y la Política de Prevención y Tratamiento de Datos Personales (a su oportuno) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte/Quilichao/Corrección/Corrección E.S.S.A.

La Secretaría Estatal de Salud y la Subsecretaría de Servicios de Salud Norte/Sur/Sur Occidental/Centro Oriente E.S.E son los responsables del tratamiento de los datos personales consignados por él o los usuarios, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, del Decreto 1074 de 2015 y de la política de tratamiento de datos personales de las entidades, respetando los derechos de los usuarios y sustrayendo los obligaciones que este impone.

La impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA y no se garantiza que este corresponde a la versión vigente, salvo en los procesos que usen sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que la genera, excepto en los requisitos de ley.

Observaciones: (Aplica únicamente para registros donde no se cuenta con la firma de alguno de los integrantes de la familia)

