República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

PAOLA ANDREA CASTRO ALVAREZ

C.C. No. 52.936.758 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 9 de junio de 2017

Rector

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 805

En Bogotá D.C., el 9 de junio de 2017 a las 13:00 horas, convocados por Resolución Nacional 048 del 02 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **PAOLA ANDREA CASTRO ALVAREZ** con cédula de ciudadanía número 52936758 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 108, número 51793.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 9 de junio de 2017.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)

Coltempora S.A
Colombiana de Temporales S.A.

NIT : 800.142.612-9

C E R T I F I C A M O S

Que CASTRO ALVAREZ PAOLA ANDREA identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 52936758, Laboró en misión mediante contrato a obra o labor desde 25 de Noviembre de 2019 hasta 24 de Noviembre de 2022.

Empresa : ESE HOSPITAL UNI."LA SAMARITANA"

Cargo : ENFERMERA JEFE

Se expide la presente a solicitud de el interesado a los 27 días del mes de Agosto de 2025

Cordialmente,

COLTEMPORA S.A
Personal

YOLANDA CONTRERAS HERRERA
Gerente de Recursos Humanos

GRUPO EMPRESARIAL HORIZONTES

Girardot, (Dpto. de Cundinamarca), lunes, 25 de agosto de 2.025

Ref.: Certificación Laboral

Cordial Saludo Sr(a). Dr.(a):

En mi condición de coordinador jurídico y del área de recursos humanos de la compañía **GRUPO EMPRESARIAL HORIZONTES S.A.S.,** me permito certificar que:

La señora Paola Andrea Castro Alvarez identificada con cédula No. 52.936.758 de Bogotá D.C. laboró mediante contrato obra labor desde 10 de abril hasta el 15 de julio de 2025 para la empresa ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA de ZIPAQUIRÁ desarrollando el cargo de enfermera jefe.

Atentamente,

ABG. JANER PEÑA ARIZA
Coordinador Jurídico y Recursos Humanos

Revisó: Gerencia
Elaboró: Coord. Jurídico y Recursos Humanos Abg. Janer Peña Ariza
C.C. Hoja de vida

GOLD RH S.A.S.
Nit: 900429973-9

CERTIFICACION

TRABAJADOR RETIRADO

CODIGO:
RE82546153599P5C6857

La suscrita Jefe de Recursos Humanos de GOLD RH S.A.S., certifica que

NOMBRE: PAOLA ANDREA CASTRO ALVAREZ
N° DOC. ID: 52936758
Estuvo vinculado(a) mediante contrato de trabajo por duración de la obra o labor determinada en el Instituto Nacional de Cancereologia

FECHA DE INGRESO:	1/09/2025
FECHA DE RETIRO:	31/01/2026
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I

Los pagos a la seguridad social integral y caja de compensación se efectuaron a traves del operador aportes en línea. Puede descargar el certificado de aportes en:
www.aportesenlinea.com

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en la ciudad de Bogotá D. C., a solicitud del interesado, con destino a quien pueda interesar, hoy ……. 4/02/2026

Cordialmente,

SARA ELVIRA CAMARGO MARQUEZ
Jefe de Recursos Humanos

Para verificar referencias, únicamente a través de whatsapp 312 8128604, opción 200

Adecco

CERTIFICACIÓN

ADECCO SERVICIOS COLOMBIA SA, con NIT **830050228-7** se permite **CERTIFICAR** que la señora **PAOLA ANDREA CASTRO ALVAREZ**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadania número **52936758** expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañia desde el **04/03/2026** hasta el **05/05/2026** en ejecucion del contrato civil de servicios con nuestro cliente FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, mediante un contrato Obra y Labor, desempeñando el cargo de ENFERMERO (A) JEFE SUPERNUMERARIO (A).

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, con fecha miércoles, 27 de mayo de 2026.

Atentamente

Alexandra Martínez Diaz
Coordinadora de Contratación y Gestión Documental BPO
601 5169494 Opc. 3
atenciontrabajador.col@adecco.com
Calle 80 No. 69 – 70 Bodega 9 Bogotá

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

PAOLA ANDREA CASTRO ALVAREZ

C.C. 52.936.758

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA

Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-06-09

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-10-30

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASTRO	ALVAREZ	PAOLA ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52936758	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES AGO AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 18 A 53 20 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6011111111

EMAIL cpaola099@gmail.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 BASICA											TITULO BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2000
										X	

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	9	2016	52936758

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS

Firma electrónica validador: null

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 Hospital de La Misericordia (HOMI)	*PÚBLICA* 	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* vipinternacional@homifundacion.org.co	
TELÉFONOS 6013811970	*FECHA DE INGRESO* DIA 4 MES 3 AÑO 2026	*FECHA DE RETIRO* DIA 4 MES 5 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* URGENCIAS	*DIRECCIÓN* Avenida Caracas # 1 - 65	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto Nacional de Cancereología	*PÚBLICA* X	*PRIVADA* 	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* gestiondocumental@cancer.gov.co	
TELÉFONOS 6014817000	*FECHA DE INGRESO* DIA 5 MES 9 AÑO 2025	*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 1 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	*DEPENDENCIA* URGENCIAS	*DIRECCIÓN* Calle 1 # 9-85	

Firma electrónica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital de la Samaritana de Zipaquira		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Zipaquirá	atencion.usuario@hus.org.co.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4897060	DIA 25 MES 11 AÑO 2019	DIA 15 MES 7 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA JEFE	URGENCIAS	Calle 10 No. 7 52

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	seleccioncps@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 25 MES 9 AÑO 2017	DIA 24 MES 9 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA	ASISTENCIAL	transversal 22 N, 47b-51 sur

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	5	9
Pública	1	4
Total	7	2

Firma electrónica validador: null

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 _X_ 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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: null