Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Ariza	mogollon	Diosa Anbelika Ariza

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1065904062

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: Colombia

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 08 MES 06 AÑO 1995

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogota D.C

MUNICIPIO: Bogota D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CR 7 #9N-047

PAÍS: colombia DEPTO: cesar

MUNICIPIO: San Alberto

TELÉFONO: 3151064236 EMAIL: gutierrezAnbelika390@gmail

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 2023
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA), **ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3 Semestre	X		Auxiliar en enfermeria	06	2026	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento San Alberto Cesar 16/10/2026

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

PROPUESTA TÉCNICO ECONÓMICA

San Alberto cesar 16 de septiembre de 2026

Señores:

Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara

Nit.824000586-3

Asunto: Propuesta Técnico Económica – Servicio de Enfermería.

Yo, DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON, identificada con cc.1065904022, me permito presentar propuesta técnico económica para el concurso de prestación de servicios de ENFERMERÍA, en los siguientes términos:

1. OBJETO

Prestar servicios de apoyo y/o profesionales en el área de enfermería, realizando actividades asistenciales, administrativas y de promoción de la salud, de acuerdo con los protocolos institucionales, la normatividad vigente y las necesidades del servicio.

2. ALCANCE Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

- Brindar atención integral de enfermería al paciente y su familia.
- Toma y control de signos vitales.
- Administración de medicamentos según prescripción médica y protocolos.
- Realización de procedimientos propios de enfermería: curaciones, toma de muestras, control de líquidos, entre otros.
- Diligenciamiento oportuno y veraz de historias clínicas, registros y formatos institucionales.
- Apoyo en programas de Promoción y Prevención, PAI, y rutas de atención.
- Cumplimiento de normas de bioseguridad, humanización y seguridad del paciente.
- Participación en turnos, comités, capacitaciones y jornadas asignadas por la coordinación.

3. METODOLOGÍA Y LUGAR DE EJECUCIÓN

El servicio se prestará de manera presencial en las instalaciones que designe la Entidad, con disponibilidad de tiempo, cumplimiento de horarios y turnos rotativos según la necesidad del servicio, con calidad, ética y compromiso.

4. PERFIL

Técnico en Enfermería con con RETHUS vigente, cursos de soporte vital y demás requisitos exigidos por la Entidad.

5. VIGENCIA

Conforme al plazo establecido en los Términos de Referencia de la presente convocatoria.

6. VALOR DE LA PROPUESTA

Conforme al presupuesto oficial establecido por la Entidad para el presente concurso. Me acojo a la escala de honorarios y forma de pago definida en los Términos de Referencia, cuenta de cobro y soporte de pago de seguridad social como contratista.

Atentamente,



DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLÓN

C.C. 1065904022

Cel:3151064236

Correo: jam_9210@hotmail.com

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

Nombres Y Apellidos: Diosa Angelica Ariza mogollón
cedula de ciudadanía:1065904022
Teléfono: 3151064236
Dirección: Carrera 7 # 9 N-41
E-mail: jam_9210@hotmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Auxiliar de enfermería graduada con formación en toma de signos vitales,curaciones,canalización,preparación de pacientes,manejo de residuos hospitalarios,RCP basico, redacción para notas de enfermería, atención de pacientes hospitalizados.
con vocación de servicio ágil y atenta, trabajo en equipo dispuesta a aportar mis conocimientos a la institución.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Bachiller Académico:
Institucion educativa **sor Matilde sastoque**

Auxiliar de enfermería:
Admisalud, San Alberto cesar

REFERENCIAS FAMILIARES

yulieth Ariza Mogollón
operaria de confección
Hemana
3154730723

Edinson Ariza Mogollón
soldador
Hermano

3138914344

REFERENCIAS PERSONALES

Karina baute
Comerciante
Amiga
3013895960

Jose Julián Sánchez
comerciante
Amigo

3112940293

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.065.904.022
ARIZA MOGOLLON

APELLIDOS
DIOSA ANGELICA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
A+ G.S RH
F SEXO

11-JUL-2013 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1207500-00468615-F-1065904022-20130913 0034860823A 1 39024639

Resultado General -2026-10-16--9:17:36 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1065904022	DIOSA	ANGELICA	ARIZA	MOGOLLON	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON identificado(a) con CC 1065904022 registra La siguiente información:

2026-10-16--9:17:36 AM

Información Académica

Tipo Profesional	Origen Títulación	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2026-07-16	2362	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

La República de Colombia

Y en su nombre la

INSTITUCION EDUCATIVA

"SOR MATILDE SASTOQUE"

SAN MARTIN CESAR

Reconocido oficialmente por la secretaria de educación departamental según
Resolución nº. 002651 del 11 de noviembre de 2000.

Confiere a

Diosa Angélica Ariza Mogollón

C.C. No: 1.065.904.022 Expedida En Aguachica Cesar.

El título de

BACHILLERACADEMICO

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral Correspondientes al nivel de educación media académica, de acuerdo al proyecto educativo institucional - P.E.I.

CARLOS FERNANDO ARAQUE
Rector

MARIA JOSE URBINA TORRES
Secretaria

Este diploma no requiere de registro de secretaria de educación
(Decreto nacional Nº. 921 de 2000)
Anotado en el control interno del plantel en el
Libro Nº. 008 .folio Nº097 .Diploma Nº16.
Dado en San Martin Cesar, a los 07 días del mes de Diciembre del año 2023.

Inscripción DANE
976852589
INSTITUCION EDUCATIVA
"SOR MATILDE SASTOQUE"

Acta Individual de Graduación

En el municipio de **SAN MARTIN CESAR** a los 07 días del mes de **Diciembre** del año **2023** se reunió con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, el suscrito rector y el consejo académico de la Institución, en la rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA SOR MATILDE SASTOQUE**, institución aprobada hasta Undécimo grado y en el nivel de educación **BASICA SECUNDARIA APROBADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO** para otorgar el título de **BACHILLER** en la **MODALIDAD ACADÉMICA. VALIDACIÓN POR CLEI** según **RESOLUCIÓN 002651 del 11 de noviembre de 2000.**
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media **ACADÉMICA** cumpliendo con los requisitos del respectivo proyecto educativo Institucional, se procedió otorgar el

TITULO DE:

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Diosa Angélica Ariza Mogollón

C.C. No: 1.065.904.022 Expedida En Aguachica Cesar.

Es fiel copia del Acta original general N° 016 de la fecha **Diciembre 07 De 2023** que consta de 23 estudiantes que inicia con el nombre de **MARIA JULIANA ARENAS** Y cierra con el nombre de: **LEIDY JOHANA ROSALES**
Firmada y sellada por el LIC. **CARLOS FERNANDO ARAQUE (Rector)**

Dado en **SAN MARTIN CESAR** a los 07 días del mes de Diciembre del año 2023.

Firmado.

CARLOS FERNANDO ARAQUE
Rector

MARIA JOSE URBINA TORRES
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD

ADMISALUD

Aprobación de Licencia de Funcionamiento Mediante Resolución N° 000029 del 17 de Febrero de 1999
Emanada de la Secretaría de Educación de Cundinamarca ,
Aprobada por el Ministerio de Protección Social, Acuerdo Ejecutivo N° 00030 de Febrero 22 de 2018
Aprobación de Programas Mediante Resolución N° 008498 del 22 de Noviembre 2018
Emanada de la Secretaría de Educación de Cundinamarca.
Código de Certificación de Calidad del programa 30.028-4 NTC 5663 Versión 2011

Concede el presente Certificado de Técnico Laboral por Competencias

Auxiliar en:

Enfermería

Con una Intensidad Horaria de (1800) horas

A:

Diosa Angélica Ariza Mogollón

Identificado (a) con C.C No. 1.065.904.022 de Aguachica

Por haber cumplido todos los requisitos académicos y legales que le acreditan para ejercer la ocupación.

Director General

Secretario (a) General

Coordinador (a) Pro. Auxiliares en Salud

Dado en Funza a los 13 Dias del Mes de Junio Del Año 2026

En el Libro No. 02 *Folio No.* 4 *Registro No.* 123

CELAC NTC 5663 No. 30.028-4

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

LA

ESCUELA EN ADMINISTRACION Y SALUD

ADMISALUD

Aprobación de Licencia de Funcionamiento Mediante Resolución N° 000029 del 17 de Febrero de 1999
Emanada de la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
Aprobada por el Ministerio de Protección Social, Acuerdo Ejecutivo N° 00030 de Febrero 22 de 2018
Aprobación de Programas Mediante Resolución N° 008498 del 22 de Noviembre 2018
Emanada de la Secretaría de Educación de Cundinamarca.
Código de Certificación de Calidad del programa 30.028-4 NTC 5663 Versión 2011

"El Suscrito Secretario General de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD, expide a continuación copia del acta de grado de la Promoción número *Sexagésima Septima* (*67*) correspondiente al día *Trece* (*13*) del mes de *Junio* del año *dos mil veintiséis* (*2026*).

"En el Municipio de Funza Departamento de Cundinamarca, siendo las *10:00 a.m.* del día *Trece* (*13*) de *Junio* del año *dos mil veintiséis* (*2026*), bajo la Dirección General del Doctor JORGE ENRIQUE CHIVATA GALINDO, se efectúo la Ceremonia de Graduación para otorgar el grado Nivel Técnico Laboral por Competencias *AUXILIAR EN ENFERMERÍA*

A:

Diosa Angélica Ariza Mogollón

Identificado (a) con C.C No. 1.065.904.022 de Aguachica

quien cursó y aprobó de acuerdo a los reglamentos de estudios correspondientes al Nivel de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano. El Director General en nombre y representación de la Escuela en Administración y Salud ADMISALUD y previo Juramento, hizo entrega del Certificado correspondiente".

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Director General *Jorge Enrique Chivatá Galindo*

Coordinador(a) del programa *Liliana Andrea Bustos Montoya*

Secretario(a) General *Julio Ernesto Chivatá Galindo*

Secretario (a) General

Director General

Coordinador (a) Pro. Auxiliares en Salud

Dado en Funza a los 13 Dias del Mes de Junio Del Año 2026

En el Libro No. 02 *Folio No.* 4 *Registro No.* 123

CELAC Calidad en Educación NTC 5663 No. 30.028-4

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PSAG -212- 2026

ACTA DE INICIO

Entre los suscritos a saber por una parte **CLARA PAOLA GIRALDO FUENTES**, identificada con la cédula de ciudadanía número 63.547.244, Profesional Universitario área de la Salud en su condición de Supervisora Contractual y de otra parte la señora(ita) **DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON**, Identificada con C.C N° 1.065.904.022 de Aguachica (Cesar) en calidad de contratista de la E.S.E hemos acordado dar inicio al Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión previa las siguientes consideraciones.

CONTRATO NÚMERO	PSAG -212- 2026
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN.
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE EN APOYO A LA GESTIÓN PRESTE SERVICIOS PERSONALES EN EL ÁREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN, SALA DE PARTOS Y CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E HOSPITAL LÁZARO ALFONSO HERNÁNDEZ LARA DE SAN ALBERTO CESAR. ASÍ MISMO CUANDO SE REQUIERA BRINDAR ASISTENCIA EN LOS TRASLADOS AMBULATORIOS DE LOS PACIENTES REMITIDOS A CENTROS DE MAYOR COMPLEJIDAD, DE CONFORMIDAD A LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD TRAZADAS POR EL HOSPITAL.
CONTRATANTE	E.S.E HOSPITAL LÁZARO ALFONSO HERNÁNDEZ LARA
CONTRATISTA	DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON
PLAZO DE EJECUCION	UN (1) MES CONTADO A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
VALOR	DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 2.200.000)
FECHA DE INICIO	DIECISÉIS (16) DE SEPTIEMBRE DE 2026.
FECHA DE TERMINACIÓN	QUINCE (15) DE OCTUBRE DEL 2026.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de quienes intervienen en ella.

CLARA P. GIRALDO FUENTES
Supervisor

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON
Contratista

aportes en línea

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1065904022		ARIZA MOGOLLON DIOSA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	oficinasanalberto2017@gmail.com	SAN ALBERTO-CESAR	3151064236

Clave: 9512722636

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2026/11/06	0	$0	$271,000
2026/11/09	0	$0	$271,000

Periodo Pensión: 2026-10 **Periodo Salud: 2026-10**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$140,100
PORVENIR		1	$140,100
ARL	1	1	$21,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	$21,400
EPS	1	1	$109,500
NUEVA EPS MOVILIDAD		1	$109,500
SUBTOTAL			$271,000
TOTAL			$271,000

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty · éxito · SURTIMAX · Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065904023		ARIZA MOGOLLON DIOSA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 7 # 9b - 45 br oasis	SAN ALBERTO-CESAR	3151064235	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10		95127226 36	1	2026/11/09			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																			PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	In g	Ing	Ret g	Tar p	Sl p	Cte	Vsp	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irl	Vst p					Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																
Ciudad: SAN ALBERTO Depto: CESAR (1 Afiliados)																																
1	CC	1065904023	ARIZA DIOSA		X																	23030 1	15	05041	15		0	64-23	15	2.436%	0	No
Total Afiliados(1)																																

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,100	$0	$0	$140,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,100	$0	$0	$140,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,500	$0	$0	$109,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$109,500	$0	$0	$109,500
TOTAL				1	$271,000	$0	$0	$271,000

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 141277793064

(415)7707212489984(8020) 000014127779306 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1065904022	1	Impuestos y Aduanas de Valledupar 24	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1065904022

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Cesar 20	Aguachica 011

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARIZA	MOGOLLON	DIOSA	ANGELICA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cesar 20	San Alberto 710

41. Dirección principal: CR 7 9 N 41 BRR OASIS

42. Correo electrónico: gutierrezangelika907@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3151064236	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2025 06 13						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2026-09-14 / 10:31:34AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y aceptó la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MUÑOZ ORDOÑEZ FERGIE MARCELA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 16-10-2026 07:49:49AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 304881063

PIB
01:51:32

Bogotá DC, 16 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1065904022;

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES.

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 16 de octubre de 2026, a las 01:49:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1095904022
Código de Verificación	1095904022261016014903

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:36:47 AM horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1095904022

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.

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/10/2026 12:56:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1065904022** y Nombre: **DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON.**

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. **149709352** . 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

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1065904022 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 16/10/2026 01:23 PM

Código Verificación: **6ZED7YVFQ4**

Válida hasta: **16/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 15:25:27 horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1065904022,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA** , con NIT **824000586-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

	PROCESO DE APOYO	PA-GJU-FT-025	Versión: 01
Lázaro	GESTIÓN JURÍDICA	Fecha de emisión: 02/05/2025	
	FORMATO DE TRATAMIENTO DE DATOS - PRESTACIONES	página 1 de 1	

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratación de prestación de servicios.

NOMBRES Y APELLIDOS	Diosa Angelika Arica Mejia
TIPO DE DOCUMENTO	CC: 1065904022
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
EMAIL:	Gutierrez Angelika907@gmail.co
TELÉFONO:	3151064236

Por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto Cesar, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito(a) en la herramienta SECOP II.

Así mismo , manifiesto que el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara , ha informado de forma clara y suficiente de los fines del tratamiento de la información, así como también, que no estoy obligado(a) a otorgar la presente autorización cuando se trate de información considera sensible, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: _____
Nombre: Diosa Angelika
Identificación: 1065904022
Fecha: 16/10/2026

	PROCESO DE APOYO	PA-GJU-FT-023	Versión: 01
E.S.E. Hospital Lázaro	GESTIÓN JURÍDICA	Fecha de emisión: 01/01/2025	
	FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT	página 1 de 6	

Fecha de Diligenciamiento: 16 | 10 | 2026 — Ciudad: San Alberto — Tipo de solicitud: Nuevo [ ] Renovación [X] Actualización [ ]

Clase de vinculación: Trabajador [ ] Proveedor servicios de salud [X] Proveedor de Suministros [ ] Otros [ ]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: Ariza | mogollon — Nombres: Diosa | Marbelica

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No. 1065904022 — Fecha de Nacimiento: 08 | 06 | 1995

Lugar de Nacimiento: USME | Cundinamarca — Nacionalidad: Colombiana

Ocupación/ Oficio: Auxiliar enfermeria — Profesión: enfermera — Celular/ Teléfono: 3151064236

Dirección Residencia: CRA 7 # 9N 41 — Municipio: San Alberto

Ingresos Mensuales: — Egresos Mensuales:

Activos (pesos): 2.200.000 — Pasivos (pesos):

Patrimonio (pesos): — Otros ingresos:

Concepto otros Ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: — NIT:

Tiempo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economia: — CIIU:

Tipo de contribuyente: Régimen simplifica [ ] Régimen Común [ ] Grandes Contribuyentes [ ] Otras entidades [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: DD | MM | AA — Correo empresarial:

Oficina principal Dirección: — Municipio:

Teléfono: — Celular:

Sucursal/Agencia Dirección | Municipio

Teléfono | Celular

Representante Legal | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No. | Fecha de Nacimiento DD MM AA

ID	Numero ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Pro su actividad o cargo ejerce algún grado de poder púbico?	¿Por su actividad a cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado de declaración tributaria en otro país? ¿Cual?
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	
			SI NO	SI NO	SI NO	

Ingresos Mensuales

Activos (pesos) | Egresos Mensuales: Pasivos (pesos)

Patrimonio (pesos) | Otros ingresos

Concepto otros Ingresos

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI ☐	NO ☐
¿Por su cargo o actividad algún grado de poder público?	SI ☐	NO ☐
¿Por su actividad u oficio, goza de usted de reconocimiento público general?	SI ☐	NO ☐
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI ☐	NO ☐
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI ☐	NO ☐

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo 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 que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizar anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, actividad o negocio):

Origen

Contratista.

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?

SI ☐ NO ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Otra ☐

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el Exterior? SI ☐ NO ☐ ¿Posee cuentas en moneda Extranjera? SI NO

Tipo de Producto	Identificación del Producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	Pais	Moneda

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante le Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara por que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal, tampoco se encuentren en dichas listas y me comprometo a actualizar actualmente la información en caso de que ocurran en la información suministrada al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la fiscalia general de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de loas obligaciones mi cargo, objeto del presente contrato no proviene ni provendrá de actividades ilícitas tale como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo, se obliga con Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

El Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren a ser:

1.Vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el origen constitucional.

2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3. sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de procesos judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara, por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara por ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1.Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica ☐
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal ☐
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para Personas jurídicas ☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



Huella

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información
- ☐ La cédula coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirma los datos registrados en el formato

Verificó en las siguientes listas
- ☐ Lista emitida por la ONU
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por EEUU
- ☐ Lista de los más buscados por la Interpol
- ☐ Lista Antecedentes Judiciales Policía
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otra ____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas por favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACION

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCIÓN	
FECHA	DD / MM / AA — HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCIÓN	
FECHA	DD / MM / AA — HORA

CIL LATAM

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON

Identificado(a) con C.C. 1.065.904.022

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Vigencia de 2 añosapartirde la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de veinte (20) horas

Fecha de inicio: 08/09/2026 ***Fecha de terminación:*** 08/09/2028

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (08) días del mes de Septiembre del año 2026
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

INNOVASALUD

Profesionales más capacitados, pacientes más seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1.065.904.022

Asistió al Curso - capacitación

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 09 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

INNOVASALUD

Profesionales mas capacitados, pacientes más seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1.065.904.022

Asistió al Curso - capacitación

GESTION DE DUELO

Con una intensidad horaria de 10 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 09 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD Contacto: +57 3107253679
info10@innovasalud.com

INNOVASALUD

Profesionales mas capacitados, pacientes más seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1.065.904.022

Asistió al Curso - capacitación

MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCION (POCT)

Con una intensidad horaria de 20 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 09 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD Contacto: +57 3107253679
info10@innovasalud.com

INNOVASALUD

Profesionales mas capacitados, pacientes mas seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1.065.904.022

Asistió al Curso - capacitación

RUTAS INTEGRALES EN SALUD (PERSONAL PYP)

Con una intensidad horaria de 20 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 09 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

DECRETO 1075 DE 2015 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD Contacto: +57 3107253679
info10@innovasalud.com

INNOVASALUD

Profesionales más capacitados, pacientes más seguros.

NIT 901.871.825

CERTIFICA QUE

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1.065.904.022

Asistió al Curso - capacitación

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE

Con una intensidad horaria de 20 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 09 DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LEIDY DANIELA GOMEZ ORJUELA
REPRESENTANTE LEGAL

CHRISTIAN CAMILO CRUZ QUINTERO
GERENTE

CENFISEM IPS
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

NIT: 900327048-2
CARRERA 6 NUMERO 6-05 BARRIO VILLA PRADO, SAN ALBERTO-CESAR
Cel. 3128532700 - Tel. 5645707
E-mail. cri_cenfisem@hotmail.com



N° 10.752

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	09 MES	2026 AÑO	SAN ALBERTO (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ARIZA MOGOLLON DIOSA ANGELICA	FEMENINO	31 AÑOS 3 MESES 2 DÍAS	CC (Tipo)	1065904022 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERIA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SOBREPESO (IMC 27.78)*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION OCUPACIONAL Y OSTEOMUSCULAR	✓	GLUCOSA EN SUERO (GLICEMIA)	✓
VISIOMETRIA	✓	COLINESTERASA	✓
CUADRO HEMATICO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
	SVE CARDIOVASCULAR	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

José Libardo Cañas

Firma:

Nombre: CC: 1065654101 - JOSE LIBARDO CAÑAS

R. M.: 1065654101 L.S.O.: 010324

Código de Seguridad
M669S1Y10752

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ARIZA MOGOLLON DIOSA ANGELICA

CC: 1065904022

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

diosa angelica ariza mogollon

C.C 1.065.904.022

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 10 de septiembre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 7611514934000

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 Nº 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.065.904.022 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 539383521, abierta/o desde el 8/9/2026.

Se expide en Bogotá el día 9 del mes de Septiembre del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DIOSA ANGELICA ARIZA MOGOLLON identificado con CC. 1065904022 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL LAZARO HERNADEZ LARA
Tipo y Numero de Documento	NI - 824000586

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/10/17	**Fecha inicio contrato**	2026/10/16
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de octubre del 2026.

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

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16102026N1065904022A23870257.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033320
331

Cordialmente,

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