Inicio del 21.

	HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT 900.004.059-7			
	LISTA DE VERIFICACION HOJAS DE VIDA			
	CÓDIGO	FECHA	VERSIÓN	Documento Controlado
	TH-F-04	17-02-2026	08	Página 1 de 1

NOMBRE Y APELLIDOS: Carmenza Castro **FECHA DE VERIFICACIÓN:** _____

#	CRITERIO DE CUMPLIMIENTO	SI	NO	N/A
1	Acto administrativo de nombramiento (nomina)			
2	Acta de posesión (nomina)			
3	Soporte del pago estampilla (nomina)			
4	Hoja de Vida DAFP – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
5	Declaración Juramentada de Bienes y Rentas – Actualizada y Descargada del SIGEP II (Debe reflejar el presente de la persona)	✓		
6	Registro de los Conflictos de Interés - Ley 2013 de 2019 Función Pública - Aplicativo por la Integridad Pública	✓		
7	Declaración de Inhabilidades e incompatibilidades. (Presentación del Formulario del Hospital).	✓		
8	Cédula de Ciudadanía al 150% - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
9	Registro Único Tributario RUT – Actualizada. (Expedición No superior a un mes) - Copia Simple con resolución de buena calidad.	✓		
10	Libreta Militar o Documento que Resuelve Situación Militar - Copia Simple con resolución de buena calidad.			✓
11	Carnet de Vacunas Completo - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	X		
12	Examen Médico Ocupacional por Perfil (Hospital)	✓		
13	Constancia de Afiliación a EPS, Fondo de Pensión y ARL (Expedición no superior a 2 meses) (N/A ARL será afiliado por el Hospital)	✓		
14	Formato de Confidencialidad y No Divulgación de Información. (Formulario del Hospital).	✓		
15	Autorización de Trata de Datos Personales y Consulta de Antecedentes, en especial, Delitos Sexuales. (Formulario del Hospital).	✓		
16	Certificado de Antecedentes Disciplinarios Expedido Por la Procuraduría General de la Nación. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
17	Certificado de Antecedentes Fiscales Expedido Por la Contraloría General de la Republica. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
18	Certificado de Antecedentes Judiciales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
19	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas Expedido Por el RNMC. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
20	Certificado delitos sexuales Expedido Por la Policía Nacional de Colombia. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
21	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos. (Expedición no superior a 1 mes)	✓		
22	Certificación Bancaria (Vigencia no superior a 30 días)			
23	Tarjeta Profesional al 150% - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
24	Diploma de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
25	Acta de Grado - Copia Simple con Resolución de buena calidad.	✓		
26	Antecedentes Profesionales, Comprobante de No Estar Inhabilitado Para Ejercer la Profesión y Vigencia de la Tarjeta Profesional.			✓
27	Cursos, Diplomados, Posgrados, ETC. (Sólo se debe relacionar estudios del perfil profesional según la necesidad)	✓		
28	Convalidación por Parte de Autoridad Competente Para Títulos Obtenidos en el Extranjero.			✓
29	Certificación Laboral Relacionada (Que tenga relación con el perfil de la necesidad)	✓		
30	Licencia de Conducción y RUNT sin multas de tránsito (Paramédicos, Auxiliares Vacunación y Profesionales con Rodamiento).	✓		
	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL POR PERFIL			
31	Humanización (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud).	X		
32	Competencia en Atención al Usuario (Todos los Asistenciales Administrativos y de Salud)	✓		
33	Autorización Para Ejercer Profesión – RETHUS Actualizado (Médicos, Enfermeras, Aux. Enfermería, Odontología, Bacteriólogo, Nutricion, Psicólogo, etc.)	✓		
34	Acreditación del Servicio Social Obligatorio (Bacteriología, Enfermería, Medicina, Odontología, etc.) - Copia Simple.			✓
35	Competencia en Soporte Vital Avanzado (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería de urgencias y hospitalización)	✓		
36	Competencia en Soporte Vital Básico (Médico, Enfermeros Profesionales, auxiliares de enfermería)	✓		
37	Competencia en AIEPI Clínico (Médico, Enfermeras Profesionales, pediatra)			✓
38	Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos. (Paramédicos, Médicos, Enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogo, nutrición)	✓		
39	Competencias Esenciales Para el Cuidado del Donante Expedida por el INS (Médicos)			✓
40	Atención a Población Víctima del Conflicto Armado (Médico, Enfermera, Aux enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutricionista, Psicólogo)	✓		
41	Interrupción Voluntaria del Embarazo (Médicos, Enfermera, y Psicólogo, ginecología.)			✓
42	Curso Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Médico, Enfermeras, Aux Enfermería, Odontólogo, Bacteriólogo, Nutrición, Psicólogo, especialistas).	✓		
43	Asesoría Pre y Post VIH (Médico, Enfermera, Psicólogo)			✓
44	Atención del Parto (Médico, ginecología)			✓
45	Gestión del Duelo (Médico, Enfermera, psicología)			✓
46	Medición automática de la tensión arterial OPS (Médicos, Enfermera, Aux Enfermería)	✓		
47	Curso manejo integral del dengue OPS (Médico, Enfermera, Aux Enfermería, Bacterióloga)	✓		
48	Competencia en Administración de Inmunobiológicos PAI (Auxiliares de Vacunación, Coordinadora, PAI)	✓		
49	Competencia AIEPI Comunitario (Personal Asistencial de Actividades Extramurales) (Programas)			✓
50	Competencia en Toma de Muestras de Labor Clínico (Personal de Enfermería y de Laboratorio)	✓		
51	Curso de Primeros Auxilios (Conductores y Paramédicos)			✓
52	Carnet de Radio Protección (Radiólogo y Tecnólogo Radiología)			✓
53	Mecánica básica (conductores)			✓
54	Manejo defensivo (conductores)			✓
55	Manejo de residuos hospitalarios (servicios generales)			✓
56	Curso de facturación en salud (facturadoras, radicación, glosas)			✓
57	**Constancia de Idoneidad, Experiencia Requerida y Relacionada. (Verificación de Talento Humano, SG-SST, Calidad).**			✓
58	**Formato inducción y reinducción (nomina)**			
59	**Formato evaluación inducción y reinducción (nomina)**			

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Daniel Rodriguez

Castilla La Nueva - Meta, el 21 de octubre de 2026

Rdo Sandra García
21/10/2026

SANDRA MAGNOLIA GARCÍA CHAVARRO
Director Administrativo

Ref. **PROPUESTA PARA PROCESO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS 2026-373**

Cordial saludo,
La señora **CARMENZA CASTRO CASTRO,** quien se identifica con C.C. No. 52.394.551 de Bogotá D.C, está interesado en enviar una PROPUESTA para un Contrato de Prestación de Servicios, cuyo objeto ***"PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E."***, de acuerdo a los requerimientos y calidades establecidas por la entidad.

1. **LOS TÉRMINOS EN LOS CUALES SE DESARROLLARÁ EL CONTRATO SON LOS SIGUIENTES:**

1.1. PLAZO DE EJECUCIÓN: El plazo de ejecución será de **UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS,** contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Inicio por parte del SUPERVISOR y EL CONTRATISTA, previo el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato.

1.1. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: Una vez analizada las condiciones contractuales en cuanto el Objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, y por esto, la cantidad de tiempo físico que me tomará brindarle mis servicios al HOSPITAL para suplir la necesidad, establezco como valor por la prestación de mis servicios la suma de **CINCO MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS ($5.342.400) M/CTE**

1.2. FORMA DE PAGO: El HOSPITAL girará los recursos objeto del CONTRATO, así:

El Hospital de Castilla La Nueva E.S.E., cancelará el valor del contrato de la siguiente forma: **A.** UN VALOR MENSUAL por concepto de HONORARIOS, vencido, igual y sucesivo por valor de **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($ 2,650,000) M/CTE.**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado, como contraprestación del servicio personal. **B.** UN VALOR MENSUAL por concepto de RODAMIENTO, vencido, igual y sucesivo por valor de **TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL PESOS ($318.000) M/CTE**, y/o proporcional por fracción de tiempo ejecutado.**PARÁGRAFO PRIMERO:** La cuenta de cobro será radicada en físico en la ventanilla única de radicación y deberá contener: la presentación de la respectiva factura o documento equivalente, informe de los servicios efectuados y de las acciones desarrolladas con evidencia fotográfica, soporte documental, certificación de cumplimiento por parte del Supervisor, y la certificación de cumplimiento de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social y aportes parafiscales, conforme a la ley. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión y riesgos laborales, de conformidad con el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 723 de 2013. EL CONTRATISTA para solicitar el pago requiere el certificado por parte del Revisor Fiscal si se está obligado a ello y/o el Representante Legal conforme al cumplimiento de lo normado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002. **PARÁGRAFO TERCERO:** A la cuenta se le harán los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagará previos los trámites administrativos establecidos por la entidad. El HOSPITAL efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia. En todo caso, los pagos antes previstos estarán sujetos al Programa Anual de Caja (PAC), de la entidad. Una vez aceptada la cuenta el HOSPITAL cuenta con treinta (30) días para el desembolso efectivo. **PARAGRAFO CUARTO:** El pago será cancelado por medio de la Tesorería del Hospital, a través de la consignación en cuenta corriente o de ahorros que el contratista acredite como propia, en entidades financieras afiliadas al sistema automático de pagos, previos los descuentos de ley

1.3. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA:

El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1.** Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato. **2.** Administrar inmunobiológicos según los lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) creado por el ministerio de salud y protección social, de manera intramural y extramural **3.** Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores,

relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **5.** Mantener actualizado el sistema de información nominal del programa ampliado de inmunizaciones **PAIWEB. 6.** Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frío departamental a la red de frío del HOSPITAL. **7**. El contratista se responsabiliza del aseguramiento de los biológicos (su debido almacenamiento y protección) conforme a las directrices de cadena de frio, PARAGRAFO: el contratista diligenciara los formatos implementados para el control de la temperatura y humedad. **8**. Apoyo a las jornadas de vacunación direccionadas por el Ministerios de la Protección Social y los entes territoriales. **9**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y rural del Municipio de Castilla la Nueva (Meta). **10.** EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, pondrá a su disposición un vehículo tipo motocicleta, la cual deberá cumplir: **A.** Con las condiciones operativas y mecánicas necesarias del vehículo, manteniendo el vehículo en un mantenimiento preventivo y correctivo periódico. **B.** El vehículo debe cumplir con las normas de tránsito y transporte dispuesto por las autoridades. Deberá anexar al informe copia del SOAT, Tecno Mecánica, y licencia de conducción, y licencia de propiedad. **C.** Utilizar el mismo vehículo que relaciona en sus informes, para la prestación de sus servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de sus servicios. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El CONTRATISTA transportará a su compañera de equipo en el vehículo, de igual forma, velará porque esta cumpla las normas de tránsito como pasajera. El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **11. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 12. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 13.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma, entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **14.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

2. **ANEXOS:**

Para la presentación de la respectiva cotización anexo la siguiente información que fue requerida:

1. Hoja de vida según formato del Hospital.

Cordialmente,

Carmenza Castro Castro

CARMENZA CASTRO CASTRO
C.C. No. 52.394.551 de Bogotá D.C.
Dirección: carrera 0 0 0 barrio la pradera casac1 mz g Castilla La Nueva - Meta.
Teléfono: 321 7538019
Email: carmenzacastro02@hotmail.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASTRO	CASTRO	CARMENZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52394551	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES 02 AÑO 1979

PAÍS COLOMBIA

DEPTO META

MUNICIPIO CUBARRAL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 0 0 0 BARRIO LA PRADERA CASA 1 MZ G

PAÍS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO CASTILLA LA NUEVA

TELÉFONO 3217538019 EMAIL carmenzacastro02@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	21	*Mes*	09	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX ENFERMERIA VACUNACION	*DEPENDENCIA* AREA DE VACUNACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL				
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	04	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*		*Mes*		*Año*
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENF.VACUNADOR	*DEPENDENCIA* AUX ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 48 15 null VIA CACAYAL				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	05	*Año*	2026	*Día*	18	*Mes*	09	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* VACUNACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3117571354	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3117571354	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	04	*Mes*	08	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 311757135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* PAI (VACUNACION)						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 1					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 311757135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	26	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null via cacayal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 311757135	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	03	*Mes*	02	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE DE VACUNACION	*DEPENDENCIA* APOYO ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 15 null via cacayal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR EN VACUNACION	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 0 0 0 CRA 8 N.15 VIA CACAYAL					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6751118	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VACUNACION						*DIRECCIÓN* carrera 10 No.4-43 barrio centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3217538019	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VACUNACION						*DIRECCIÓN* carrera 10 No.4-43 barrio centro					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* CASTILLA LA NUEVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3134337975	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año* 2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* VACUNACION					*DIRECCIÓN* carrera 10 No.4-43 barrio centro					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

CARMENZA CASTRO CASTRO

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Castilla la Nueva

Ciudad y fecha

Karol Giraldo Peña

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-12 15:01

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMENZA		CASTRO	CASTRO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	52394551

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CUBARRAL

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	CASTILLA LA NUEVA

Dirección	["carrera 10 No.4-43 barrio centro"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$2.800.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$3.000.000,00
Arriendos	$700.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$6.500.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento | Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5 DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Castilla la Nueva-Meta, a los 21 de 10 de 2026

Señores:
HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
Ciudad.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que entiendo las inhabilidades e incompatibilidad establecidas en la ley y mediante la suscripción del presente formulario SI_____ NO X me encuentro incurso en alguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad para celebrar contratos con su entidad, en relación las siguientes:

FUENTE	INHABILIDAD	SI	NO
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal a)	¿Está inhabilitado para contratar con el estado de conformidad con las causales establecidas en la constitución o la ley?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal b)	¿En los últimos cinco (5) años ha participado en licitaciones o celebrados contratos estando inhabilitado para contratar con el estado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal c)	¿En los últimos cinco (5) años le han declarado la caducidad de un contrato estatal?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal d)	¿En los últimos cinco (5) años ha sido condenado a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas, o ha sido sancionado disciplinariamente con destitución?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal e)	¿En los últimos cinco (5) años ha dejado de suscribir –sin justa causa- un contrato estatal que le hubiere sido adjudicado?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal f)	¿Es servidor público?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal g)	Para el presente proceso ha presentado o estima presentar propuesta su cónyuge o compañero permanente, un pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, ¿o segundo de afinidad?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal h)	¿Tiene su representante legal o alguno de sus socios (salvo en las sociedades anónimas abiertas) vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con el representante legal o los socios de otra sociedad que haya presentado o estime presentar propuesta para el presente proceso?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal i)	• ¿Ha sido socio de alguna persona jurídica a la que le haya sido declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años? • ¿La persona jurídica tiene algún socio que anteriormente haya sido socio de otra persona jurídica a la que le fuera declarada la caducidad en los últimos cinco (5) años?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal j) modificado por el artículo 31 de la Ley 1178 de 2016.	• ¿Ha sido declarado usted responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, o por delitos o faltas contempladas en la Ley 1474 de 2011, o por cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia?		X

	• ¿En el caso de personas jurídicas (incluidas matrices y subordinadas – salvo anónimas abiertas) lo han sido sus administradores, representantes legales, miembros de junta directiva o de socios controlantes? • ¿La persona jurídica ha sido declarada responsable administrativamente por la conducta de soborno transnacional?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 1° literal k) modificado por el artículo 33 de la Ley 1178 de 2016.	Persona natural: Financió usted o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? Persona jurídica: Financió usted o su representante legal, los miembros de junta directiva o cualquiera de sus socios controlantes, directamente o por interpuesta persona la campaña del actual alcalde municipal, con aportes superiores al dos por ciento (2.0%) de las sumas máximas a invertir? **No aplica para servicios profesionales.**		X X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal a)	¿Fue servidor público de esta entidad desempeñando funciones en los niveles directivo o asesor en el último año?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal b)	¿Tiene vinculo de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza control interno o fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal c)	¿Es cónyuge o compañero permanente de algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor, o de quien ejerza funciones de control interno o control fiscal de la misma?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal d)	• ¿Dentro de la persona jurídica tiene participación u ocupa cargos de dirección o manejo algún funcionario de esta entidad que se desempeñe en los niveles directivo o asesor? • ¿O que sea cónyuge o compañero permanente o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o civil de dicho funcionario?		X
Ley 80 de 1993 art. 8° Núm. 2° literal f) adicionado por el artículo 4° de la Ley 1474 de 2011.	• Usted o las personas a través de las cuales prestará el servicio, ocuparon en los últimos dos años un cargo directivo en esta entidad, ¿cuyo sector tenga relación con el objeto del futuro contrato? • Tiene parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil con un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas? • La sociedad tiene vinculado a cualquier título a un ex empleado público, con el que se cumpla las condiciones antes mencionadas?		X
Inciso tercero, Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o tiene parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil con el Representante Legal de esta entidad?		X

artículo 1° de la Ley 1148 de 2007, y por la Ley 1296 de 2009	• ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Parágrafo 3°Art. 49 Ley 617 de 2000 modificado por el artículo 1° de la Ley 1148 de 2007	• ¿Es cónyuge, compañero permanente, o pariente hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil de algún concejal del municipio? • ¿Tiene vinculado o prevé vincular para la ejecución del respectivo contrato a una persona que tenga tales calidades?		X
Art. 90 Ley 1474 de 2011	• ¿Ha sido objeto de imposición de multas o declaratorias de incumplimiento? Nota: En caso afirmativo indique el tipo de sanción, la entidad que la impuso y la fecha de imposición		X
OBSERVACIONES:	*"Diligencia esta casilla en caso de que la respuesta a alguna de las preguntas anteriores haya sido afirmativa, o en el evento de que considere pertinente poner de presente a la entidad alguna circunstancia que pudiera incidir en su capacidad para contratar."*		

TENGA EN CUENTA:

.- *Cónyuge:* persona que se encuentra unida a otra mediante matrimonio civil o religioso.
.- *Compañero Permanente:* Es el hombre y mujer que forman parte de la unión marital de hecho, es decir quienes, sin estar casados, hacen una comunidad de vida permanente y singular, en los términos de la Ley 54 de 1990.
.- *Parentesco por consanguinidad:* Es la relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas por los vínculos de la sangre.
.- *Parentesco por afinidad:* Es el que existe con los familiares consanguíneos de su respectivo cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco Civil:* Es el que resulta de la adopción, mediante la cual la ley estima que el adoptante, su mujer y el adoptivo se encuentran entre sí, respectivamente, en las relaciones de padre, de madre, de hijo. Este parentesco no pasa de las respectivas personas.
.- *Parentesco hasta primer grado de consanguinidad:* papá, hijo,
.- *Parentesco hasta primer grado de afinidad:* papá, hijo, de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta segundo grado de consanguinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano
.- *Parentesco hasta segundo grado de afinidad:* papá, abuelo, hijo, nieto, hermano de su cónyuge o compañero permanente.
.- *Parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad:* papá, abuelo, bisabuelo, tatarabuelo, Hijo, nieto, bisnieto, tataranieto, Hermano, tíos, sobrinos, primo hermano, tío abuelo, sobrino nieto.
.- *Parentesco primero o único civil:* El que existe entre el hijo y los padres adoptantes.

Firma,

CARMENZA CASTRO C

Nombre: CARMENZA CASTRO

Cédula: 52394551

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.394.551**

CASTRO CASTRO

APELLIDOS

CARMENZA

NOMBRES

Carmenza Castro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1979

CUBARRAL
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

19-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-0706700-00156151-F-0052394551-20090513 0011450388A 1 27680199

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141214127496

(415)7707212489984(8020) 000014121412749 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 3 9 4 5 5 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTRO	CASTRO	CARMENZA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Castilla la Nueva 1 5 0

41. Dirección principal: MZ G CA 1 BRR LA PRADERA

42. Correo electrónico: carmenzacastro02@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 7 5 3 8 0 1 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 2 0 1 0 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
54. Código																					

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-10-09 / 04:25:19PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASTRO CASTRO CARMENZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f343ef88-76fb-4f6f-9ec3-20682f8f214e

Nombres y apellidos / Full name: **CARMENZA CASTRO CASTRO**

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

Número de identificación / ID Number: **5 2 3 9 4 5 5 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/02/1979**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3217538019**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacionesecastillalanueva@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
VPH	Primera	30	10	2015		J005989	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
TD Adulto	Primer Refuerzo	17	12	2015		D2251	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	
COVID SINOVAC	Primera	05	03	2021	Sinovac	A2021010044	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID SINOVAC	Segunda	03	04	2021	Sinovac	E202102011	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	27	05	2021	BUTANTAN	230049	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	06	2021		V50221006	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	26	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940875	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
Fiebre Amarilla	Única	29	01	2022	Sanofi Pasteur	T3G241V	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	DAHIANA NIÑO RODRIGUEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	20	05	2022	Green Cross	V50222003	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO
COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	13	07	2022	PFIZER	ACC5853	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID PFIZER	Adicional	18	08	2023	PFIZER	2F1077A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	07	05	2024	Catalent Indiana	032H23A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA RIVERA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	05	2024	Green Cross	V50524003	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA NHORA RIVERA GIRALDO
TD Adulto	Quinta	06	06	2024	Serum	2333L021C	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	MARIA NHORA RIVERA GIRALDO

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

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

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

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

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

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

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

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f343e88-76fb-4f6f-9cc3-2068218214e

Nombres y apellidos / Full name: **CARMENZA CASTRO CASTRO**

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

Número de identificación / ID Number: **5 2 3 9 4 5 5 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/02/1979**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3217538019**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacionesecastillalanueva@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO - CC52394551 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	18	12	2025	Serum	0095N001A	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO - CC52394551 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	17	04	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE	CARMENZA CASTRO CASTRO - CC52394551 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conservelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Carmenza

Apellidos: Castro Castro

Documento de identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 52394551

Fecha de Nacimiento: Día 10 Mes 02 Año 1971

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	R1	7/12/15	Serum Lapor	Sandra
Contra Hepatitis B A	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Virus de Papiloma Humano	1	28-11-15	Merck Sharp & Dohme B.V. Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Países Bajos 1005989	Marlady
	2	30-10-15	1005989	Sandra C.
	3			
Hepatis A		1905-2024	0316736	

VIAL DE 1 DOSIS 0.5 ml
[Vacuna recombinante tetravalente contra el virus del papiloma humano (Tipos 6, 11, 16 y 18)]
GARDASIL®
PARA USO EXCLUSIVO DE LAS AGENCIAS DE LA ONU
Proteger de la luz. Almacenar a 2-8°C (36-46°F)
Para administración intramuscular.
NO CONGELAR - AGÍTESE BIEN
Dosificación: Ver inserto adjunto.
MSD
Merck Sharp & Dohme B.V. Postbus 581, 2003 PC Haarlem, Países Bajos
LOTE: J005989 31102015
Vence: 2015-10

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	CARMENZA						
Apellidos	CASTRO						
Documento de Identidad:	CC X	TI	PASAPORTE		No.	52394551	
Fecha de Nacimiento:	Día 10	Mes 02	Año 1979				

*Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	20-11-07	—	
	2	10-01-08	—	
	3	02-10-08	07A0711-A	AUDELIO
	4	20/11/10	EX08012	ENFA
	5	15 04 24	3221 53 A	Illegible
VACUNA DE LA HEPATITIS B (ADN)		13-8-10	034E803	ENF
		13-9-10	034E803	ENF
		19 5 11	054187	Illegible

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	20/11/10	D6162	10 AÑOS	ENF
	DOSIS UNICA	29-01 2022	1362141	Illegible
Contra Influenza	13-07-9-D	V06950		
	08-04	V5052A005		Illegible
	08-04	V5052A003		Illegible
Otras	08-05	V5052007		Corregido
	01 26	V5052007		Corregido

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899

Dir: **Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal**

Celular: **313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155**

Correo: **atencionalusuario@santabarbaraips.com**

Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



N° 14.103

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	12 MES	2025 AÑO	CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-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	
CASTRO CASTRO CARMENZA	FEMENINO	46 AÑOS 10 MESES 18 DÍAS	CC (Tipo)	52394551 (Número)

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERIA

EPS	AFP	ARL
CAPITAL SALUD EPS-S	PORVENIR	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO

Observaciones: *CUMPLE.*

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:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- APLICAR BIOSEGURIDAD EN EL HORARIO LABORAL.
- USO LENTES PERMANENTES DE CORRECCION VSUAL.
- ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.

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

Firma:

Nombre: CC: 19156895 - MILCIADES LEON

R. M.: 8074 **L.S.O.:** 8074

Código de Seguridad

Q1600W1C14103

Aspirante o Trabajador

Firma: CARMENZA CASTRO

Nombre: CASTRO CASTRO CARMENZA

CC: 52394551

CENTRO DE ESPECIALISTAS SANTA BARBARA IPS SAS

NIT: 900051899
Dir: Carrera 14 N° 12-34 Edificio Santa Bárbara pisos 1 y 2 Sede principal
Celular: 313 343 0779 - 317 437 3838 - 311 279 5155
Correo: atencionalusuario@santabarbaraips.com
Acacias - Villavicencio - Castilla(meta-colombia)



EXAMEN DE CONSULTA PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 8,843

Fecha: 29/12/2025 Municipio: CASTILLA LA NUEVA (META, COLOMBIA) CC: 52394551 Nombre: CASTRO CASTRO CARMENZA Edad: 46 AÑOS 1
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA Empresa: PARTICULARES
Eps: CAPITAL SALL Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO F. Ultimo Examen: 14/12/2025
Lugar del Ultimo Examen: CASTILLA LA NUEVA Motivo Consulta: EXAMEN DE PRE-INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTES
TRAE RX	SI
ULTIMO DIAGNÓSTICO	PRESBICIE
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

VISION BORROSA

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/200	2.0	N/A	+4.75	20/20	0.5M
O.I:	NO APLICA	20/200	2.0	N/A	+5.25	20/20	0.5M
A.O:	NO APLICA	20/200	2.0	N/A	NO APLICA	20/20	0.5M

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K' = N/A**
OJO DERECHO: **K' = N/A**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: **+4.75** AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO: **+5.25** AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD
OJO DERECHO: **NO REVISADO** AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H520	HIPERMETROPIA	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H524	PRESBICIA	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1
H110	PTERIGION	DERECHO	Enfermedad general	RELACIONADO 2

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

HIPERMETROPIA PRESBICIE ADECUADAMENTE CORREGIDO. USO DE GAFAS PERMANENTES.
PTERIGIO NASAL OD GRADO II

OPTOMETRA

Firma:

Nombre: NIT: 52562329 - TATIANA1 CUASTUMAL

R. M.: 3872 L.S.O.:

Código de Seguridad

J1600P3V8843

PACIENTE

CARMENZA CASTRO

Firma:

Nombre: CASTRO CASTRO CARMENZA

CC: 52394551

VILLAVICEN, Octubre 5 de 2026

Señora:

CASTRO CASTRO CARMENZA

CC. 52394551BRR LA PRADERA - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 12 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
CASTRO CASTRO CARMENZA	52394551	C	Ago-12-2021	53	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
TRIANA CASTRO INGRID GERALDINE	1002526522	T	Ago-30-2013	47	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-5-2014	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
TRIANA CASTRO ANGELLI BRIGID	1006661948	T	Ago-30-2013	47	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Ago-5-2014	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CARMENZA CASTRO CASTRO	52394551	Independiente con aporte voluntario a salud	CERRADO
CARMENZA CASTRO CASTRO	52394551	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
CARMENZA CASTRO CASTRO	52394551	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARMENZA CASTRO CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.394.551**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

GRUPO BICENTENARIO GB

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CARMENZA CASTRO CASTRO identificado con CC. 52394551 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA ESE
Tipo y Numero de Documento	NI - 900004059

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/09/21	**Fecha inicio contrato**	2026/09/21
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/10/21
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	2026/10/21	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 5 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: **CC05102026N52394551A23445887.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026032889533

Cordialmente,

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

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, CARMENZA CASTRO CASTRO identificado con cédula de ciudadanía No 52394551 expedida en Bogota, en mi condición de PROPONENTE (Representante Legal o Persona Natural), me obligo a cumplir con el objeto del presente documento, por ello, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con: **PRIMERA - COMPROMISO:** EL PROPONENTE, quien para los efectos del presente documento se denominará PARTE RECEPTORA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte del HOSPITAL, que para los efectos del presente documento se denominará PARTE REVELADORA, de igual forma, se obliga a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos del presente compromiso, "Información Confidencial" comprende toda la información divulgada por la PARTE REVELADORA, ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA - OBJETO:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir LA PARTE RECEPTORA, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra LA PARTE REVELADORA. Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el HOSPITAL.**TERCERA - CONOCIMIENTO EXCLUSIVO:** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la información suministrada de la institución que reciba de la PARTE REVELADORA y no la revelará a terceros, de tratarse de una empresa o comerciante, deberá compartirla únicamente con el equipo de trabajo y asesores que tengan la necesidad de conocer dicha información para los propósitos autorizados, y quienes deberán estar de acuerdo en mantener de manera confidencial dicha información. **CUARTA - USO EXLUSIVO:** La PARTE RECEPTORA se obliga a utilizar la Información confidencial recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contrato suscrito con la PARTE REVELADORA. **QUINTA - RESPECTO A LOS DATOS PERSONALES:** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la PARTE RECEPTORA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de HABEAS DATA, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la ley 1581 de 2012 y las disposiciones internas de la entidad **SEXTA – OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS DAÑOS:** En caso de que la PARTE RECEPTORA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente compromiso éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar a la PARTE REVELADORA. **SEPTIMA – CLAÚSULA PENAL:** Independientemente de la cláusula anterior, La PARTE RECEPTORA por el cumplimiento del presente ACUERDO deberá pagar como cláusula penal el valor equivalente a CUATRO (4) SMLMV. PARÁGRAFO: El presente ACUERDO presta mérito ejecutivo por sí mismo, como garantía del cumplimiento o el incumplimiento. **NOVENA – VIGENCIA:** La vigencia del presente compromiso será indefinido y permanecerá vigente mientras exista la información en manos de la PARTE RECEPTORA.

En consecuencia, de lo anterior, el presente compromiso se firma a los Veintiuno (21) días del mes de Oct. del 2025.

CARMENZA CASTRO CASTRO
LA PARTE RECEPTORA (Firma)
Nombre. CARMENZA CASTRO CASTRO
CC No. 52394551
Nit. No. _____
Empresa _____

LA PARTE REVELADORA (Firma)
MARTHA LUCIA HERRERA RIOS
Gerente del Hospital de Castilla la Nueva E.S.E.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, CONSULTA DE ANTECEDENTES, Y CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

Yo[1] CARMENZA CASTRO CASTRO quien me identifico con cedula 52394551 expedida en Bogota, 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, el Decreto 1074 de 2015, la Ley 1918 de 2018 y el Decreto 753 de 2019, AUTORIZO libre, expresa e inequívocamente al HOSPITAL, para que realice la consulta, verificación, 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 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 a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico que se relaciona en el CONTRATO. Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos.

Respecto a la consulta en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, me comprometo a entregar el certificado expedido por la autoridad competente para el conocimiento del contenido, así mismo el HOSPITAL queda plenamente facultado para realizar la consulta en el aplicativo dispuesto para ello.

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.

La presente autorización se expide con fecha 21-10-2026

Firma: CARMENZA CASTRO CASTRO

[1] Persona que se identifica al final del escrito y quien actúa en nombre propio o como Representante Legal de una Persona Jurídica

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304297565

PIB
17:13:49

Bogotá DC, 05 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) CARMENZA CASTRO CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52394551:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 lunes 05 de octubre de 2026, a las 17:15:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52394551
Código de Verificación	52394551261005171508

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:47:02 PM horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52394551**
Apellidos y Nombres: **CASTRO CARMENZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

Todos los derechos reservados.

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, 05/10/2026 05:23:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52394551** y Nombre: **CARMENZA CASTRO CASTRO.**

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. **149017969** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 17:21:31 horas del 05/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52394551,** Apellidos y Nombres **CASTRO CARMENZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL CASTILLA LA NUEVA** , con NIT **900004059-7** 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

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 52394551 **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 05/10/2026 07:07 PM

Código Verificación: **J9ZSLDX5BM**

Válida hasta: **06/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CARMENZA CASTRO CASTRO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.394.551 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 358091965, abierta/o desde el 8/10/2020.

Se expide en Bogotá el día 15 del mes de Octubre del año 2026

Firma Autorizada

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

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre

Los Andes

Institución de Educación para El Trabajo y Desarrollo Humano

Aprobado Según :

Resoluciones : No 1339, del 04 de Septiembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio , 3863 , 3864 del 10 de Noviembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta ; los Acuerdos 079 del 06 de Abril de 2.009, y 252 , 253 emitidos por el Ministerio de la Protección Social.

Certifica a

Carmenza Castro Castro

Identificado con D.I. No 52.394.551 de BOGOTA D.C.

El Presente Certificado de Técnico Laboral Por Competencia Como :

Auxiliar en Enfermería

Por haber Culminado sus Estudios, y Cumplido los Requisitos Académicos Exigidos por el Ministerio de la Protección Social , con una intensidad Horaria de 1800 Horas

Lilia Camelo de Mancera
Directora

Nubia Stella Parra Rojas
Secretaria

Libro de Registro No E Acta No 18 Folio No 12

Dado en VILLAVICENCIO a los 01 días del mes de DICIEMBRE de 2.011

Acta Individual de Grado

" LOS ANDES "
INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
" PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO "

En la ciudad de Villavicencio, a los **01** *días del mes* **DICIEMBRE** *de 2011 Se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos. Los suscritos Directora y Secretaria en la Dirección de LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO LOS ANDES. Aprobado, Según Resoluciones No 1339 del 04 de Septiembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Municipio de Villavicencio,las 3863,3864 del 10 de Noviembre de 2.009 por la Secretaria de Educación del Departamento del Meta Los Acuerdos: 079 del 06 de Abril de 2.009 y, 252,253, emitidos por el Ministerio de la Protección Social.*

Comprobada la situación Legal y Académica, de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios Exígidos por el Ministerio de la Protección Social se procedió a otorgar el: ***CERTIFICADO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA COMO AUXILIAR EN ENFERMERÍA*** *.Con una intensidad horaria de 1800 horas al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

CARMENZA CASTRO CASTRO
CC. 52.394.551 de BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. **18** *de fecha* **01- DIC.** *de 2011*

que consta de **65** *alumnos que comienza con el nombre de :* **Aguilar Parada Jeimi Patricia** *y se cierra con el nombre de :* **Vanegas Urrea Claudio Rocio**

Dada en Villavicencio a los **01** **( ) días de** **DICIEMBRE** **de 2011**

Firmado por: Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA (Directora) y NUBIA STELLA PARRA ROJAS (secretaria).

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes DIRECTOR VILLAVICENCIO

Firmado y Sellado

Lic. LILIA CAMELO DE MANCERA
C.C. No. 21.215.866 de Vcio.
Directora

Centro de Estudios Tecnológicos Los Andes SECRETARIA VILLAVICENCIO

NUBIA STELLA PARRA ROJAS
C.C. No. 40.[illegible]0.167 de Vcio.
Secretaria

GOBERNACION DEL META

SECRETARIA DE SALUD

Carné de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



CARMENZA

CASTRO CASTRO

C.C. 52394551

Registro No. 50-12877 META

AUXILIAR EN ENFERMERIA

www.systemsard.com.co

"La secretaria Seccional del departamento del Meta de Seguridad Social; Inspección, Vigilada y Control hace constar que el portador de este carné cumplio con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA DE EXPEDICION
DICIEMBRE 2011

Secretaria Seccional de Salud

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Educativo "CETEL"

"Centro Educativo Técnico Laboral"

Autorizado por el M. E. N. y la Secretaría de Educación y cultura del Meta, según Resolución No. 3462 del 27 de Julio de 2006

Confiere a:

Carmenza Castro Castro

C. C. Nº 52.394.551 Bogotá D. C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y Aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Academica (Art. 29 Ley 115 de 1.994) según los planes y programas vigentes.

CENTRO EDUCATIVO TECNICO LABORAL CETEL

Rector

Secretario(a).

Dado en Castilla La Nueva a los 5 días del mes de Diciembre de 2009

INSTITUTO EDUCATIVO CETEL CASTILLA LA NUEVA E.U
CENTRO EDUCATIVO TÉCNICO LABORAL
PRIMARIA Y BACHILLERATO ACADÉMICO POR CICLOS. *Resolución 3462*
Registro DANE: 350001006646

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Castilla la Nueva, a los Cinco (05) días del mes de Diciembre del año 2009, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del INSTITUTO EDUCATIVO CETEL, institución aprobada por: La secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resolución No 3462 del 27 de Julio de 2006, para otorgar el título de Bachiller en la modalidad Académica.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

A la graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento se relaciona a continuación:

CASTRO CASTRO CARMENZA

C.C. 52.394.551 de Bogotá D.C.

Es fiel copia del Acta original general número 014 de fecha 05 de Diciembre, que consta de 54 estudiantes, que comienza con el nombre de: BAENA PEÑA LUZ MARCELA, y se cierra con el nombre de: VARGAS FAJARDO OSMARI, firmada y sellada por: LUIS ADRIANO HERNÁNDEZ MATIAS, Rector, y SUGEY MARIANA HERNÁNDEZ PARRA, Secretaria.

Dada en Castilla la Nueva, a los cinco (05) días del mes de Diciembre de 2009

Firmado y sellado

El Rector

La Secretaria

DIPLOMA NÚM. 258

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E,

CERTIFICA:

Que, la señora **CARMENZA CASTRO CASTRO,** quien se identifica con C.C 52.394.551 de Bogotá D.C., tuvo vínculo contractual con el HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., tal como a continuación se relaciona:

No. DE CONTRATO:	**2024-042**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA CON DESPLAZAMIENTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) Y DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL PESOS ($ 2,139,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL:	DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL PESOS ($ 2,139,000.00) M/CTE.
FECHA INICIO:	CUATRO (4) DE ENERO 2024
TERMINO DE EJECUCION:	UN (1) MES
PRORROGA:	N/A
TERMINO FINAL:	UN (1) MES
FECHA DE TERMINACION:	TRES (3) DE FEBRERO DE 2024
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato. **2**. Realizar actividades propias de una auxiliar de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos). **3.** Realizar visitas casa a casa (respetando las directrices y parámetros de las autoridades competentes en salud sobre el SAR-2-CO y su enfermedad COVD-19) para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Realizar visitas casa a casa (respetando las directrices y parámetros de las autoridades competentes en salud sobre el SAR-2-CO y su enfermedad COVD-19) para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales. **5.** Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cohortes del recién

	nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **6**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal. **7**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **8**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva. **9**. Apoyo una estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva. **10**. Apoyar las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas **11.** El CONTRATISTA deberá contar con vehículo para trasladarse a las veredas. **PARAGRAFO:** El contratista debe garantizar que su vehículo cumpla con los documentos exigidos por el Ministerio de Transporte **12.** El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **13. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 14. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 15. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID- 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 16.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.
No. DE CONTRATO:	**2024-076**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($ 4,500,000.00) M/CTE.
VALOR ADICION:	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS ($2.220.000.00) M/CTE.
VALOR TOTAL:	SEIS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS ($6.720.000.00) M/CTE.
FECHA INICIO:	CINCO (5) DE FEBRERO 2024
TERMINO DE	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS.

EJECUCION:	
PRORROGA:	UN (1) MES Y SIETE (7) DIAS
TERMINO FINAL:	TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS
FECHA DE TERMINACION:	VEINTISEIS (26) DE MAYO DE 2024
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato. **2**. Realizar actividades propias de una auxiliar de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos). **3.** Realizar visitas casa a casa (respetando las directrices y parámetros de las autoridades competentes en salud sobre el SAR-2-CO y su enfermedad COVD-19) para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Realizar visitas casa a casa (respetando las directrices y parámetros de las autoridades competentes en salud sobre el SAR-2-CO y su enfermedad COVD-19) para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales. **5.** Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **6**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal. **7**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **8**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva. **9**. Apoyo una estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva. **10**. Apoyar las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas **11**. El contratista presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente contrato, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **12. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 13. Dar estricto cumplimiento al sostenimiento de las buenas relaciones interpersonales entre contratistas, entre contratistas y personal de planta, y entre contratistas y usuarios, so pena que las reiteradas faltas (tres) constatadas por El Hospital como consecuencia de una queja**

	verbal o escrita en su contra, facultan a la Entidad para dar por terminado unilateralmente el presente contrato. 14. PORTAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN OCASIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL HOSPITAL PARA LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL VIRUS SARS-COV-2 Y SU ENFERMEDAD COVID- 19, COMO VELAR PORQUE LOS COMPAÑEROS TAMBIEN LOS PORTEN. 15. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución
No. DE CONTRATO:	**2024-202**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES, CON RODAMIENTO, EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.
VALOR DEL CONTRATO:	CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($14.800.000) M/CTE.
VALOR ADICION:	DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000) M/CTE
VALOR TOTAL:	DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($17.200.000) M/CTE.
FECHA INICIO:	VEINTISIETE (27) DE MAYO 2024
TERMINO DE EJECUCION:	SEIS (6) MESES Y CINCO (5) DIAS
PRORROGA:	UN (1) MES
TERMINO FINAL:	SIETE (7) MESES Y CINCO (5) DIAS
FECHA DE TERMINACION:	TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2024
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraidas en el contrato. **2**. Realizar actividades propias de una auxiliar de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos). **3.** Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales. **5.** Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **6**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal. **7**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **8.** Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la

	comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva. **9**. Apoyo una estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva. **10**. Apoyar las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas. **11**. EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, pondrá a su disposición un vehículo tipo motocicleta, la cual deberá cumplir: **A.** Con las condiciones operativas y mecánicas necesarias del vehículo, manteniendo el vehículo en un mantenimiento preventivo y correctivo periódico. **B.** El vehículo debe cumplir con las normas de tránsito y transporte dispuesto por las autoridades. Deberá anexar al informe copia del SOAT, Tecno Mecánica, y licencia de conducción, y licencia de propiedad. **C.** Utilizar el mismo vehículo que relaciona en sus informes, para la prestación de sus servicios. **PARÁGRAFO:** EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de servicios. **12.** El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **13. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 14.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución
No. DE CONTRATO:	**2025-080**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, CON RODAMIENTO, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E
VALOR DEL CONTRATO:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 8,400,000) M/CTE
VALOR ADICION:	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($ 8,400,000) M/CTE
VALOR TOTAL:	DIECISEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($16,800,000) M/CTE
FECHA INICIO:	CINCO (5) DE FEBRERO 2025
TERMINO DE EJECUCION:	TRES (3) MESES.
PRORROGA:	TRES (3) MESES
TERMINO FINAL:	SEIS (6) MESES
FECHA DE TERMINACION:	CUATRO (04) DE AGOSTO DE 2025
ESTADO ACTUAL:	EN EJECUCION
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato. **2**. Realizar actividades propias de una auxiliar

	de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos). **3**. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales. **5**. Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **6**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal. **7**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **8**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva. **9**. Apoyo una estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva. **10**. Apoyar las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas. **11**. EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, pondrá a su disposición un vehículo tipo motocicleta, la cual deberá cumplir: **A**. Con las condiciones operativas y mecánicas necesarias del vehículo, manteniendo el vehículo en un mantenimiento preventivo y correctivo periódico. **B**. El vehículo debe cumplir con las normas de tránsito y transporte dispuesto por las autoridades. Deberá anexar al informe copia del SOAT, Tecno Mecánica, y licencia de conducción, y licencia de propiedad. C. Utilizar el mismo vehículo que relaciona en sus informes, para la prestación de sus servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO**: EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de sus servicios. **PARÁGRAFO SEGUNDO**: El CONTRATISTA transportará a su compañera de equipo en el vehículo, de igual forma, velará porque esta cumpla las normas de tránsito como pasajera. **12**. El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del período contractual a informar, y con anexo fotográfico. **13. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO**. **14**. Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución.

Se expide la presente solicitud del interesado en Castilla La Nueva (Meta), a los veinticuatro (24) días del mes

de julio del año dos mil veinticinco (2025).

SONIA CASTAÑEDA LINARES
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Elaboró: Anjhy Tatiana Martínez Chisco – Técnico Administrativo.
Revisó: Sonia Castañeda Linares - Subgerente Administrativo y Financiero.
Aprobó: Sonia Castañeda Linares - Subgerente Administrativo y Financiero.

EL ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., ADSCRITO A LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES,

CERTIFICA:

Que, la señora **CARMENZA CASTRO CASTRO,** quien se identifica C.C 52.394.551 de Bogotá D.C. tuvo vinculo contractual con el HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E., tal como a continuación se relaciona:

No. DE CONTRATO:	**2025-240**
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, CON RODAMIENTO, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTRAMURALES Y EXTRAMURALES EN EJECUCION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) DESARROLLADAS POR EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E
VALOR DEL CONTRATO:	TRECE MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL PESOS ($ 13.627.000) M/CTE
VALOR ADICION:	N/A
VALOR TOTAL:	TRECE MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL PESOS ($ 13.627.000) M/CTE
FECHA INICIO:	CINCO (5) DE AGOSTO 2025
TERMINO DE EJECUCION:	CUATRO (4) MESES Y VEINTISEIS (26) DIAS
PRORROGA:	N/A
TERMINO FINAL:	CUATRO (4) MESES Y VEINTISEIS (26) DIAS
FECHA DE TERMINACION:	TERMINACION ANTICIPADA DEL DIECINUEVE (19) DE DICIEMBRE DE 2025
ESTADO ACTUAL:	TERMINADO
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	El CONTRATISTA será responsable y se obliga a: **1**. Cumplir a cabalidad con las obligaciones contraídas en el contrato. **2**. Realizar actividades propias de una auxiliar de enfermería en concertación con la coordinadora del PIC, para cumplir las obligaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (Procesos, Campañas, Jornadas, Estrategias, y Procedimientos Administrativos). **3.** Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a población en general, padres de familia y cuidadores, relacionados con el programa ampliado de inmunización con relación al cumplimiento de coberturas de niños menores de 5 años y personas susceptibles de vacunación. **4**. Realizar visitas casa a casa para realizar verificación, canalización y brindar procesos educativos a madres gestantes para control prenatales. **5.** Fortalecer el sistema de información del PAI, realizando verificación del seguimiento a las cortes del recién nacido de años anteriores según lineamientos emitidos por el Nivel Nacional del programa ampliado de inmunizaciones. **6**. Apoyar a EL HOSPITAL en el transporte y disposición de los biológicos suministrados por la red de frio departamental a la municipal. **7**. Apoyo a las jornadas de salud direccionadas por el Ministerios de la Protección Social. **8**. Apoyar encuentros formativos para la promoción de la salud y prevención de las

enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes de la infancia, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla La Nueva. **9.** Apoyo una estrategia de Educación y Comunicación con la metodología COMBI orientada en las acciones de sensibilización y capacitación dirigida a la identificación de signos y síntomas para TB y LEPRA, canalización hacia los servicios de salud, dirigido a la comunidad del área urbana y centros poblados del Municipio de Castilla la Nueva. **10.** Apoyar las diferentes actividades contempladas en el Desarrollo del Plan de Intervenciones Colectivas. **11.** EL CONTRATISTA garantizará el desplazamiento para la prestación de sus servicios, para ello, pondrá a su disposición un vehículo tipo motocicleta, la cual deberá cumplir: **A.** Con las condiciones operativas y mecánicas necesarias del vehículo, manteniendo el vehículo en un mantenimiento preventivo y correctivo periódico. **B.** El vehículo debe cumplir con las normas de tránsito y transporte dispuesto por las autoridades. Deberá anexar al informe copia del SOAT, Tecno Mecánica, y licencia de conducción, y licencia de propiedad. **C.** Utilizar el mismo vehículo que relaciona en sus informes, para la prestación de sus servicios. **PARÁGRAFO PRIMERO:** EL CONTRATISTA deberá cumplir con todas las normas de tránsito y transporte para la prestación de sus servicios. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** El CONTRATISTA transportará a su compañera de equipo en el vehículo, de igual forma, velará porque esta cumpla las normas de tránsito como pasajera. **12.** El CONTRATISTA presentará informes de las actividades desarrolladas en ejecución del presente CONTRATO, realizando dicho informe con detenimiento, consignando información verídica de la ejecución del periodo contractual a informar, y con anexo fotográfico. **13. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA EL DISEÑO Y/O IMPLEMENTACION DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO. 14.** El CONTRATISTA entiende que presta los servicios a una entidad pública que participa directamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, de igual forma entiende que el HOSPITAL busca la humanización del servicio para cumplir con objetivos de acreditación y mejora significativa del servicio, por lo que debe el CONTRATISTA poner a disposición del servicio, las actitudes correctas que permitan representar los valores de la entidad. El contratista pondrá en práctica los criterios positivos de actitud frente al paciente y su familia y, en el ambiente profesional en el lugar en donde presta sus servicios. Estos criterios serán evaluados por el SUPERVISOR. **15.** Las demás que se deriven de la naturaleza del contrato y que garanticen su cabal y oportuna ejecución

Se expide la presente solicitud del interesado en Castilla La Nueva (Meta), a los diecinueve (19) días del mes de diciembre del año dos mil veinticinco (2025).

CRISTIAN CAMILO TORRES GARCIA
ASESOR JURÍDICO - CONTRATACIÓN

Elaboró: Anjhy Tatiana Martínez Chisco – Técnico Administrativo
Revisó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico
Aprobó: Cristian Camilo Torres García – Asesor Jurídico



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 52394551

CARMENZA CASTRO CASTRO

10-02-1973

O+

09-04-2019

CONDUCIR CON LENTES

INST TTO/TTE ACACIAS



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	09-04-2029	PARTICULAR

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

1002004129304

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10026158486

PLACA: PZT67B	MARCA: SUZUKI	LINEA: BEST 125		MODELO: 2009
CILINDRADA CC: 124	COLOR: NEGRO			SERVICIO: PARTICULAR
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA	TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA	COMBUSTIBLE: GASOLINA		CAPACIDAD P/PES: 2
NUMERO DE MOTOR: F453-TH662704	REG: N	VIN: *****		
NUMERO DE SERIE: *****	REG: N	NUMERO DE CHASIS: 9FSBF45G39C152594		REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): CASTRO CASTRO CARMENZA

IDENTIFICACION: C.C. 52394551

RESTRICCION MOVILIDAD:

BLINDAJE: ******

POTENCIA HP: 0

DECLARACION DE IMPORTACION: 14601030707283

IE: I

FECHA IMPORT: 20/03/2009

PUERTAS: 0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD: ******

FECHA MATRICULA: 16/04/2009

FECHA EXP. LIC. TTO: 23/06/2022

FECHA VENCIMIENTO: ******

ORGANISMO DE TRANSITO: INST TTOYTTE ACACIAS

LT03004926441

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

PREVISORA SEGUROS

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL
2026-01-23	2026-01-24	2027-01-23

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
4308007521636000	PZT67B	MOTOS	PARTICULAR	124	2009

PASAJEROS	MARCA	CARROCERIA
2	SUZUKI	SIN CARROCERIA

LÍNEA VEHÍCULO: BEST 125

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
F453TH662704	9FSBF45G39C162594		0.00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
CASTRO, CARMENZA	*******019	CC	52394551	ACACIAS

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1324	43	999913588	0	BOGOTA D.C

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
120	$ 224300	$ 116600	$ 2400

TOTAL A PAGAR

$ 343300

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

Decreto 2644 de 2022: Tarifas diferenciales y ajuste con base en la UVT 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920

- Es obligatorio **portar la póliza del SOAT**, sin importar el medio de entrega seleccionado por La Previsora S.A.
- La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Esta podrá ser **presentada en los siguientes formatos**: **Digital**: a través de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) o **Físico**: impresa en papel común.
- Si tiene inquietudes sobre el proceso, puede comunicarse desde su teléfono móvil marcando al #345 para recibir la asesoría necesaria.

Circular Externa 013 de 2024 emitida por la **Superintendencia Financiera de Colombia** se permite que la vigencia mínima del SOAT para **vehículos extranjeros que circulen en zonas de frontera** sea **diaria**. Los vehículos que no reúnan los dos anteriores supuestos, deben regirse por las disposiciones del numeral 2 del artículo 193 de EOSF, en virtud del cual la vigencia mínima del SOAT debe ser anual.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

•Recuerde portar siempre su SOAT las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
•Este atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.
•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Cláusula de Coexistencia de Pólizas:

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A., modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data:

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que como titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487566 y que para más información sobre el tratamiento de mis datos me puedo acceder a la Política de Tratamiento de Información en la página de internet www.previsora.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 190265458

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA GUAMAL SAS

NIT: 901703664

No. de Certificado de Acreditación: 25-CDA-022

Fecha de expedición: 2026/06/20

Fecha de vencimiento: 2027/06/20

DATOS VEHÍCULO

PLACA: PZT67B

CLASE: MOTOCICLETA

MARCA: SUZUKI

MODELO: 2009

SERVICIO: Particular

COMBUSTIBLE: GASOLINA

CILINDRAJE: 124

NRO. MOTOR: F453-TH662704

NRO. CHASIS: 9FSBF45G39C162594

VIN:

LÍNEA: BEST 125

COLOR: NEGRO

NOMBRE PROPIETARIO: CARMENZA CASTRO C.

FIRMA DEL RESPONSABLE

ANA SHIRLEY GOMEZ ESPINOZA

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -201 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-01-18
Fecha de vencimiento: 2027-01-18

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

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Atención al Cliente
con un total de 100 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-12
Fecha de vencimiento: 2026-12-12

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARMENZA CASTRO CASTRO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52394551

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Orientar personas según características poblacionales y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101266 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLAVICENCIO. A los veintiseis (26) días del mes de Junio de dos mil veintiseis (2026)

Firmado Digitalmente por

2797181 - 26/06/2026
No Y FECHA REGISTRO

GENY ASTRID LEON CURREA
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200230101266262CC52394551C.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

52394551

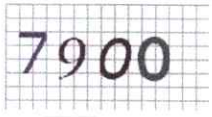
Primer Nombre

CARMENZA

Primer Apellido

CASTRO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3568

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-10-05→5:28:57 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	52394551	CARMENZA		CASTRO	CASTRO	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) CARMENZA CASTRO CASTRO identificado(a) con CC 52394551 registra La siguiente información:

2026-10-05→5:28:57 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2011-12-06	12877	GOBERNACION DEL META

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).

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 - 2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-18
Fecha de vencimiento: 2026-12-18

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químico
Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-12
Fecha de vencimiento: 2028-05-12

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-16
Fecha de vencimiento: 2026-12-16

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-08
Fecha de vencimiento: 2026-12-08

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-14
Fecha de vencimiento: 2026-12-14

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-06
Fecha de vencimiento: 2026-12-06

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

650ce600-e2b8-4c3c-9c97-3d08ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

CARMENZA CASTRO CASTRO

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

9 de septiembre de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=650ce600-e2b8-4c3c-9c97-3d08ac1f1c2e

6875a676-2650-41f4-8b3e-e008ac1f0d0b

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

CARMENZA CASTRO CASTRO

ha participado y aprobado el

Curso Virtual: Conceptos básicos en inmunización para trabajadores de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 74,44 %

14 de julio de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6875a676-2650-41f4-8b3e-e008ac1f0d0b

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARMENZA CASTRO CASTRO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52394551

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud - NIVEL AVANZADO

Código: 230101257 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLAVICENCIO. A los quince (15) días del mes de Octubre de dos mil veinticuatro (2024)

Firmado Digitalmente por

1994771 - 15/10/2024
No Y FECHA REGISTRO

GENY ASTRID LEON CURREA
Subdirectora (E) CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200230101257242CC52394551C.

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Inyectología y Venopunción
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-19
Fecha de vencimiento: 2027-07-19

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-10
Fecha de vencimiento: 2026-12-10

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

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

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 310(de 2019
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-21
Fecha de vencimiento: 2027-07-21

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Carmenza Castro Castro

CC 52394551 de Bogotá

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2025-05-19
Fecha de vencimiento: 2027-05-19

Verificación:

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

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE

CARMENZA CASTRO CASTRO

N° de identificación: 52394551

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Con una intensidad horaria de 40 Horas

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C. Colombia

Insignia: c9ed67d1-2eb2-4661-a6d3-073fc385d61b

martes 20 de mayo de 2025

Marylin Bonfante Zarate
Directora de Desarrollo Social y Humanitario
Sociedad Nacional Cruz Roja Colombiana.

Esta constancia no constituye título de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud. Constancia válida por dos años.

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo: educacionnal@cruzrojacolombiana.org indicando el número de acta.

Scanned with CamScanner

674f71fd-86b8-4b22-b0ba-c4b9ac1f003b

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

CARMENZA CASTRO CASTRO

ha completado satisfactoriamente el Curso virtual sobre

Medición automática precisa de la presión arterial

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

3 de septiembre de 2026

Este certificado es válido hasta por 6 meses después de su emisión

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=674f71fd-86b8-4b22-b0ba-c4b9ac1f003b

38dbd956-486d-48b3-9cf4-df3dab78d92c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

CARMENZA CASTRO CASTRO

ha participado y aprobado el curso virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

19 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=38dbd956-486d-48b3-9cf4-df3dab78d92c

15cf334c-7ee7-4d9a-beb2-cdf2a179f5e2

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

CARMENZA CASTRO CASTRO

ha participado y aprobado el curso virtual:

Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,33 %

19 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=15cf334c-7ee7-4d9a-beb2-cdf2a179f5e2

CONSTANCIA DE IDONEIDAD PARA TALENTO HUMANO EN SALUD

EL HOSPITAL DE CASTILLA LA NUEVA E.S.E.,

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto 1082 de 2015 reglamentario del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en su artículo 2.2.1.2.1.4.9, faculta contratar con una sola oferta bajo la modalidad de **CONTRATACIÓN DIRECTA**. En este mismo sentido, el Estatuto Interno de Contratación de la entidad, en sus artículos 18 y 19 señala las razones para contratar mínimo con una sola propuesta.

Que, las normas citadas con anterioridad, exhortan a la entidad para verificar **LA IDONEIDAD Y LA EXPERIENCIA REQUERIDA Y RELACIONADA**, acorde con los requisitos exigidos en el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación.

HACE CONSTAR:

Que, revisada la **HOJA DE VIDA** dada por Carmenza Castro Castro, con CC No. 52394551 de Bogota D.C. se acredita la idoneidad y la experiencia requerida y relacionada, según el Estudio Previo, el perfil profesional y la función a desarrollar en el área de ocupación, para poder cumplir con el proceso No 2026-373

Verificado por:

YULY VIVIANA MORA GARCIA
Técnico Administrativo del SG-SST
Verificó Sistema de Seguridad Social y Ocupacional

KAROL MILENA GIRALDO PEÑA
Profesional – Talento Humano Subg. A.F.
Verificó Idoneidad por Perfil Profesional SIGEP II

DEISSY CAROLINA CAMARGO VEGA
Profesional de Planeación, Calidad y Desarrollo
Verificó Idoneidad por Perfil Área Asistencial

CAMILA HERNANDEZ RUIZ
Profesional Contratación
Contratista