EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	05
		VIGENCIA	30/04/2026

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS:

CARGO:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE			OBSERVACIÓN
		SI	NO	N/A	
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente				
2	Hoja de vida (actualizada con foto)				
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería				
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses				
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses				
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses				
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses				
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos				
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.				
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)				
12	Registro usuario Secop II				
13	RUT Actualizado				
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.				
15	Certificado actual de afiliación EPS				
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones				
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II				
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)				
19	Formato de oferta de prestación de servicios				
20	Formato de indemnidad				
21	Formato de ARL				
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)				
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información				
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades				
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)				
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo				
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo				
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años				
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado				
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado				
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional				
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)				
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS				
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
41	Manejo del duelo (Asistenciales)				
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)				
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				
	ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				

57	Toma de muestra con fecha de vigencia					
	JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
58	Retiro e inserción DIU					
59	Retiro e inserción JADELLE					
60	Certificado de formación en toma de citología					
61	Soporte vital avanzado					
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)					
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD					
63	Soporte v tal avanzado					
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS					
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia					
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia					
66	Registro único nacional de tránsito RUNT					
67	Licencia de conducción					
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito					
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.					
	AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA					
70	Soporte vital básico					
71	Primeros Auxilios					
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)					
	INGENIERO BIOMÉDICO					
73	Certificado del registro INVIMA					
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO					
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea					
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)					
	RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)					
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.					
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)					
	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN					
78	Certificación de manipulación de alimentos					
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.					
	MANTENIMIENTO					
80	Certificado curso de alturas					
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.					
	EXPERIENCIA LABORAL					
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado					
Nombre y firma de quien verifica la documentación:						

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo/a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 19 de Octubre de 2026

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO

Cargo : AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetado Doctor Diego Alejandro García Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

LUISA C

Nombre del Contratista LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO
CC: 1032406340
Dirección: TV 74 A 76-96 SUR
Email: fernanda-088@hotmail.com
Teléfono/ Celular: 3015792946



Luisa Fernanda Castillo Roncancio

Fecha Nacimiento: 20-02-1988
TV 75I 60A 17 SUR
Bogotá
Tel: **3015792946**
E-mail: Fernanda-088@hotmail.com

PERFIL

Técnico en Auxiliar de Enfermería con Aptitud Ocupacional con conocimiento en unidad de recién nacido y uci neonatal y experiencia en todo lo relacionado con nutrición clínica en área de lactario en preparación y distribución de fórmulas lácteas, en nutriciones enterales y dietas. Amplio conocimiento en promoción y prevención, seguimientos a población vulnerable entre niños, adultos y adulto mayor con notificaciones a salud pública realizando canalizaciones a gestión transectorial o a vigilancia epidemiológica. Experiencia en vacunación y conocimiento en los ejes de acreditación en salud como humanización en los servicios de salud, gestión del riesgo y seguridad del paciente y en autorizaciones en referencia y contra referencia y traslados interinstitucionales.

ESTUDIOS

Año 2010
Titulo **Técnico en Auxiliar en Enfermería con Aptitud Ocupacional**
Universidad Fundación San Mateo
PROGRAMAS MANEJADOS: Word, Excel, Power Point, Paint, Sophia,

IDIOMAS

Español

EXPERIENCIA LABORAL

FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS
SEP 2025-DIC 2025
Realizar control y registro de signos vitales, asistir a paciente en baño y alimentación, realizar venopunciones, paso de sondas nasogástricas y vesicales, toma de laboratorio clínico, realizar traslado a diferentes exámenes diagnósticos, asistir a médico para diferentes procedimientos. y realizar actividades de servicio de infectología

SURA
17 diciembre- 17 abril 2025
Auxiliar de apoyo en imágenes diagnosticas, resonancia y Tac, manejo de electrocardiograma y asistencia en consulta de toma de exámenes para muestras de patología, asistir a pacientes, realizando venopunción y preparación de paciente para realizar exámenes, realizar notas de enfermería en sistema, control y registro de signos vitales.

CLINICA DE MARLY
Julio 2024- octubre 2024
Realizar control y registro de signos vitales, asistir a paciente en baño y alimentación, realizar venopunciones, paso de sondas nasogástricas y vesicales, toma de laboratorio clínico, realizar traslado a diferentes exámenes diagnósticos, asistir a médico para diferentes procedimientos. y realizar actividades de servicio de infectología

HOSPITAL DE KENENDY
Octubre 2018- junio 2024
Apoyo de actividades de enfermería en unidad de recién nacidos, maternidad, medicina interna, quirúrgicas Cirugía general, orientar, asistir al paciente, prestar servicio humanizado, brindar cuidados, toma de signos vitales. Realizar control y registro de signos vitales, asistir a paciente en baño y alimentación, realizar venopunciones, paso de sondas nasogástricas y vesicales, toma de laboratorio clínico, realizar traslado a diferentes exámenes diagnósticos, asistir a médico para diferentes procedimientos

Subred centro oriente- secretaria de educación PROMOTORA DE BIENESTAR
Octubre 2021- agosto 2022
Apoyo bienestar a estudiantes en colegios distritales de la localidad prestación servicios y capacitando En hábitos de vida saludable y promoción y prevención en salud.

HOSPITAL SAN RAFAEL
Marzo 2018- junio 2018
Funciones a realizar manejo de productos en la central enteral de nutrición para manejo de pacientes con diferentes patologías. Apoyo a nutrición.
Cubrimiento vacaciones

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.406.340

CASTILLO RONCANCIO

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1988

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

27-FEB-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00992254-F-1032406340-20180405 0060625757A 1 9903835486

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305130972

PIB
21:03:09

Bogotá DC, 20 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) LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032406340:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 20 de octubre de 2026, a las 21:04:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032406340
Código de Verificación	1032406340261020210438

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

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

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:05:45 PM horas del 20/10/2026. el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032406340**
Apellidos y Nombres: **CASTILLO RONCANCIO LUISA FERNANDA**

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.

Volver al Inicio

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/10/2026 09:08:18 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1032406340** y Nombre: **LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO.**

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. **149964161** . 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

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1032406340 **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 20/10/2026 09:21 PM

Código Verificación: **EV1RFW9TM8**

Válida hasta: **21/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Policía Nacional

Inicio Preguntas frecuentes Contacto Normatividad

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 21:15:02 horas del 20/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1032406340,**
Apellidos y Nombres **CASTILLO RONCANCIO LUISA FERNANDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital mario gaitan yanguas**, con NIT **800000685-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 de 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 de 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demas normatividad rectora frente a tratamiento de datos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14815235374

(415)7707212489984(8020) 000001481523537 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 0 6 3 4 0

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
CASTILLO	RONCANCIO	LUISA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 75 I 60 A 17 SUR BRR LA ESTANCIA

42. Correo electrónico: fernanda-088@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 5 7 9 2 9 4 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 1 1 0 0 5						0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022-02-28 / 11:19:35AM

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 CASTILLO RONCANCIO LUISA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 11-03-2026 02:01:27PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	21/10/2026	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTILLO	RONCANCIO	LUISA	FERNANDA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1032406340	BOGOTA	2006-02-27
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
20/02/01988	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	X	VIUDO(A)	3	N/A	

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	CONTRATISTA
					X			AUXILIAR DE ENFERMERIA	

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
TV 74 A 76-96 SUR	BOGOTA	CUNDINMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
N/A	N/A	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO		CUAL:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA.....			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI		IVA	SI	NO X	8699	
	NO	X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	CUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE				AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI		NO	X	SI		SI	
				NO	X	NO	X

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI	NO X	SI	NO X	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							# NIT	800006850-3
	GOBIERNO		SERVICIOS		SALUD X			

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1032406340, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260624	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Noviembre de 2.026

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 34257014

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO, identificado(a) con C.C 1.032.406.340, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 23 de octubre de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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
Castillo	Roncancio	Luisa Fernanda

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1032406340	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 20 MES 02 AÑO 1988	trv 75 i 60 a 17			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3015792946	EMAIL	fernanda-088@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°	1X1°	MES	12	AÑO	2005

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 UNALEY).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
fundacion san mateo soacha	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		tecnico auxiliar de enfermeria	06	2010

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN RAFAEL			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 0	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	27	Mes	03	Año	2018	Día	07	Mes	06	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: NUTRICION						DIRECCIÓN: CARRERA 8 17 45 sur					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA COLSANITAS			PÚBLICA:		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3175156052	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	07	Mes	06	Año	2016	Día	04	Mes	07	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: NUTRICION						DIRECCIÓN: CALLE 127 20 56					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD hospital vista hermosa			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	02	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 67A 18C 12					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI_ NO X 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).

ROSA C

Ciudad y fecha de diligenciamiento *BOGOTA 26-10-2*

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública | sigepII

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Luisa Fernanda Castillo Roncancio

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1032406340 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: trv 75 i 60 a 17 TELÉFONO: 3015792946

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
AMY SOFIA MORENO CASTILLO	1023399893	HIJO(A)
JHOAN SAMUEL MORENO CASTILLO	1029291726	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** X **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$2.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$2.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	055000550020155 2	BOGOTA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

	BOGOTA 26-10-2026
FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 19_ de_Octubre de 2026

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO identificado(a) con cedula No. 1032406340 de BOGOTA interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: AUXILIAR DE ENFERMERIA manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (_X_) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:_____

_____

_____

_____

Atentamente,

LUISA C

_____

C.C. 1032406340

Medellín, 11 de november de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032406340 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 12/11/2026 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/11/2026 3.14 PM

ARL sura

Dirección IP: 38.52.157.29, 192.230.104.14, 172.16.42.57

	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 23_ de octubre de 2026

Señores:

FUNDACION SAN MATEO SOACHA

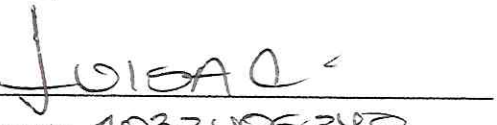
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como: AUXILIAR DE ENFERMERIA _

Cordialmente;

Firma 

N° Documento 1032466340

Tarjeta Profesional N

Dirección de contacto TV 74 A #76-96

Teléfono 3015792946

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA.

Yo LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO _, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1032406340, expedida en BOGOTA , en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

Los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SÉPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	EMISION ORIGINAL	21-03-101034529	0

TOMADOR LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO — CC 1.032.406.340

DIRECCION TV 75I 60 A -17 SUR — CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT — TELEFONO 3015792946

ASEGURADO LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO — CC 1.032.406.340

DIRECCION TV 75I 60 A -17 SUR — CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL — TELEFONO 3015792946

BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS — NIT 0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
21 / 10 / 2026	21 / 10 / 2026	21 / 10 / 2027	21 / 10 / 2026	21 / 10 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
DE LIMA GRUPO EMPRESARIAL LTDA	93093	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		$ 100,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	$ 100,000,000.00		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			$ 30,000,000.00

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 83 NO 19-10, TELÉFONO 6-917963 - BOGOTA, D.C.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 28.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11005142997075(3900)000000127895(96)20261205

REFERENCIA PAGO:

11005142997075

21-03-101034529

FIRMA AUTORIZADA

LUISAQUIROGA

CLIENTE

TOMADOR

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

Consérvelo

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

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luisa Fernanda

Apellidos: Castillo.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1032406340

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	28 ENE 2022	UE [illegible]	compensar | salu
	2	20 SEP. 2023	2206 [illegible]	compensar | salud
	3			josua [illegible]
Antirrabica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	19/2/21	Pfizer	EN1454 30/6/21	USS Occidente Versalles	Nubia B.	
	2	15.04.21	Pfizer	ER9449 31.7.21	USS OCCIDENTE TUNAL	Jenny Buenaventura	1024469361

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Juan Fernando

Apellidos: Castillo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1032406340

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 02 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2	19-02-2007		
	3	24-08-2012		
	DATA	27-12-2013		
	5	7-12-2015		
Contra Hepatitis B	1	11-07-2017		
	2	27 MAR 2018	934034.02.	
	3	27 Abril-18		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		10 Agosto-2010		
Contra Influenza		22-01-2013		
Virus de Papiloma Humano (VPH)				

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	28 ENE 2022	UFX2000E3/23.	
	2	28 Enero 2023		
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Powered by CamScanner



COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-05-16

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	Emtelco S.A.S.	Actividad económica:	Comunicaciones
Nombre:	LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO	Documento:	CC 1032406340
Fecha de nacimiento:	1988-02-20	Lugar de nacimiento:	BARRANQUILLA (CUNDINAMARCA)
Edad:	38 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	3
Dirección actual:	TV 74 A # 76-96 SUR	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3015792946	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	AUXILIAR ENFERMERIA	EPS:	COMPENSAR EPS
AFP:	COLFONDOS	ARL:	NO SABE
RH:	A+		
Responsable**:	DEIVY MORENO (ESPOSO)	Teléfono:	3015793915
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 - Dosis 1 - Ultima dosis: 2021/02/18
2. Vacuna:Covid-19 - Dosis 2 - Ultima dosis: 2021/04/15pfizer
3. Vacuna:Covid-19 - Dosis 3 - Ultima dosis: 2021/12/12astrazenenca
4. Vacuna:Hepatitis B - Dosis 3 - Ultima dosis: 2022/01/28
5. Vacuna:Hepatitis B - Dosis 4 - Ultima dosis: 2023/09/20
6. Vacuna:Toxoide tetánico y diftérico - Dosis 1 - Ultima dosis: 2007/02/19
7. Vacuna:Toxoide tetánico y diftérico - Dosis 2 - Ultima dosis: 2012/08/24
8. Vacuna:Toxoide tetánico y diftérico - Dosis 3 - Ultima dosis: 2013/12/27
9. Vacuna:Toxoide tetánico y diftérico - Dosis 4 - Ultima dosis: 2015/12/07
10. Vacuna:Fiebre amarilla - Dosis 1 - Ultima dosis: 2010/08/10

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO con documento de identificación No. 1032406340 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUXILIAR ENFERMERIA del sector económico Comunicaciones

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. *Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes..*
2. *Continuar en su entidad de salud el plan de manejo y seguimiento de su condición gastrica referida.*

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Clasifiación PVE:
CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

ÉNFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Jenny Carreño O.

JENNY PAOLA CARREÑO OBANDO
Doc: 53037366
Médica
Fund. U. san martin
T.P 53037366
E.gestión la Seg y salud en el trabajo
U. Internacional la rioja
s 10746 01/12/2023

Luisa C

Firma para identificación de usuario Indice der
LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO
Documento: 1032406340

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MÉDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: karol.monroy
Fecha: 2026-05-16 Hora: 09:58

La República de Colombia

Y en su nombre el

Instituto

"Marmatos II"

Aprobado por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá D.C.,
según Resolución No. 1920 del 9 de Junio de 2000

Confiere a:

Luisa Fernanda Castillo Roncancio

T. I. 880220 [illegible] de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

con énfasis en Comercio

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria

Dado en [illegible] a los [illegible] días del mes de [illegible] de [illegible]

Acta de Grado

INSTITUTO "MARMATOS II"

CRA 73 i No 69A - 59 sur

Inscripción S.E.
DANE. 311001093016

En la ciudad de Bogotá D.C. a los Siete (07) días del mes de Diciembre del año 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretaria(o) en la rectoría del INSTITUTO MARMATOS II Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. Para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académico con enfasis en Comercio segun Resolucion No. 1920 del Nueve (9) de Junio del año 2000

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar el TITULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO
CON ÉNFASIS EN COMERCIO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y numero de documento de identidad se relacionan a continuación:

CASTILLO RONCANCIO LUISA FERNANDA
T. I. 880220-52319 de BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del acta original general No. 009 de fecha 07/12/05 que consta de 29 alumnos que comienza con el nombre de ARENAS ROMERO CESAR ORLANDO y se cierra con el nombre de ZAQUE NOVA JOSE LUIS
Firmado y sellado por MARIA BELSY GONZALEZ RIVERA (Rectora) y ESPERANZA MARROQUIN SARMIENTO. (Secretaria).

Dada en Bogota D.C. a los Siete (07) días del mes de Diciembre del año 2005.

Firmado y sellado

MARIA BELSY GONZALEZ RIVERA
C.C. No 20.410.854 de Tesca
Rectora

ESPERANZA MARROQUIN SARMIENTO
C.C. No 51.718.858 de Bogotá
Secretaria

Diploma No. 181

La República de Colombia

y en su nombre

Fundación San Mateo

Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Soacha - Cundinamarca

Aprobación Oficial Autorizada Mediante Acuerdo No. 48 del Ministerio de Salud de febrero 12 de 2002 y Resolución No. 006253 de diciembre 9 de 2002 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca.

Comprobado el Cumplimiento de los Requisitos Legales y Académicos Pertinentes, Así como la Culminación Satisfactoria de los Estudios Curriculares con una intensidad de mil ochocientas (1800) horas se confiere el certificado a:

Luisa Fernanda Castillo Roncancio

C.C. 1.032.406.340 de Bogota

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico en

Auxiliar de Enfermería

Dado en Soacha, Cundinamarca, a los Veintiséis (26) días del mes de Junio del año 2010 anotado en el Folio 12 del libro No. 1 de Registro de Graduaciones de la Fundación San Mateo.

Cambiar

3243

Verificar registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General - 2025-10-20--8:23:15 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1032406310	LUISA	FERNANDA	CASTILLO	RONCANCIO	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 constato que el (la) señor(a) LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO identificado(a) con CC 1032406310 registra la siguiente información:

2025-10-20--8:23:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercicio Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Expedidora
AUX	Local	Auxiliar de enfermeria	2013-06-12	2445	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acrediten el cumplimento 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).

CV-2946-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.

NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO

C.C. 1.032.406.340

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso - taller en **ATENCION A PACIENTE VICTIMA DE AGRESION CON AGENTES QUIMICOS** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C DEL 11 DE MARZO DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ÁNGELES DE LA SALUD S.A.S.
El conocimiento que nos une

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA MARZO 2028

CV-7164-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO

C.C. 1.032.406.340

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso - taller de **ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL (CÓDIGO BLANCO)** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 23 DE JUNIO DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
El conocimiento que nos une

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740-3222354745-3026054151
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com
VIGENCIA JUNIO 2028

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO

C.C. 1032406340

En la finalización de los siguientes cursos:

- Manejo Integral y Humanizado del Dolor
- Discapacidad
- Conceptos Básicos en Cuidado Paliativos (CP)
- Abordaje Humanizado del Dolor Crónico a Nivel Ambulatorio
- Gestión del Duelo

Con una intensidad de 16 horas

Fecha de expedición: 3 de septiembre de 2025

Jairo Eduardo Torres Castañeda
C.C. 19.466.333
Médico Oficina de Calidad

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

7321330729LC

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Luisa Fernanda Castillo Roncancio

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2026

ROSANA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO
GERENTE

Fecha de Emisión: octubre 29, 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

983d2d66-c733-4943-921a-8880b46954fa

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Luisa Fernanda Castillo roncancio

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: 70,00 %

16 de enero 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=983d2d66-c733-4943-921a-8880b46954fa

CV-11997-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO

C.C. 1.032.406.340

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en **MANEJO CLÍNICO DE PACIENTE CON FIEBRE AMARILLA** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C. 03 DE NOVIEMBRE DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ÁNGELES DE LA SALUD S.A.S.
El conocimiento que nos une

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740-3222354745-3026054151
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.academiaangelesdelasalud.com

VIGENCIA NOVIEMBRE 2028

GALENOSEDUSALUD

PROFESIONALES DE LA SALUD EDUCANDO CON CONOCIMIENTO CIENTIFICO

DECRETO 1075 de Mayo 26 de 2015 – Art. 2.6.6.8 Ministerio de Educación Nacional, Reg. Merc. 03128966 Btá D.C. - NIT 19422912-2
Los cursos informales no conducen a título profesional o certificado de aptitud ocupacional

PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO

C.C. 1.032.406.340 de Bogotá D.C.

Asistió al curso de capacitación y Actualización en:

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS - AHA 2021

Con una intensidad de **50** horas

Bogotá D.C. **Febrero 01 de 2025**

JESUS GALVAN DORIA
Director General

ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico

PARA VERIFICACION: galenosedusalud@gmail.com Tel.3158975011 - 300 6215985

CV-4810-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO
C.C. 1.032.406.340

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en **TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C 29 DE ABRIL DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ÁNGELES DE LA SALUD S.A.S
El conocimiento que nos une

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740-3222354745-3026054151
atencionalcliente@academiaangelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA ABRIL 2028

CV-00844-2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD S.A.S.
NIT. 901.835.860-1

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO
C.C. 1.032.406.340

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso-taller en **POINT OF CARE TESTING (POCT)** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, según los requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ D.C 21 DE ENERO DE 2026

ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD S.A.S
el conocimiento que nos une

LINA M. MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCIÓN

3505618740 – 3222354745
atencionalcliente@angelesdelasalud.com
www.angelesdelasalud.com

VIGENCIA ENERO 2028

CSC GUSTAVO RESTREPO S.A.S

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE DEL CENTRO DE SERVICIOS COMPARTIDOS GUSTAVO RESTREPO S.A.S DE LA FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS

CERTIFICA

Que la señora **LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.32.406.340, prestó sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** en la **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios profesionales, de conformidad con el contrato suscrito así:

No DE CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
AE- 2025235	Prestar servicios profesionales como AUXILIAR DE ENFERMERÍA	04/09/2025	17/12/2025

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a los nueve (9) días del mes de febrero del año dos mil veintiséis (2026).

Cordialmente,

JULIANA DONNEYS ROBLEDO
Representante legal suplente
CENTRO DE SERVICIOS COMPARTIDOS GUSTAVO RESTREPO
Proyectó: Yamile Segura – Analista Administrativo. - Dirección Jurídica FHSC

job&talent

LA SOCIEDAD JOB&TALENT TEMPORALES S.A.S.
NIT: 830.091.033

SE PERMITE CERTIFICAR

Consecutivo:29064962

A QUIEN PUEDA INTERESAR

La Señora LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.032.406.340, ha estado vinculada laboralmente con la empresa **JOB&TALENT TEMPORALES S.A.S.**, mediante el siguiente contrato:

Mediante CONTRATO POR OBRA O LABOR cuya última labor desempeñada es la de Auxiliar De Enfermeria desde el 17 de diciembre de 2024 hasta el 17 de abril de 2025,, cumpliendo una jornada de horas diarias.

Para constancia de lo anterior, se firma en Bogotá, D.C., a los 03 días del mes de junio de 2025



MARIA DEL PILAR RAMOS PEREZ
R. L. ASUNTOS LABORALES Y
SEGURIDAD SOCIAL
52.030.254 de BOGOTÁ, D.C.

ACTIVOS S.A.S.

NIT: 860090915 -9

CERTIFICA

Que la Señora CASTILLO RONCANCIO LUISA FERNANDA, identificado con cédula de ciudadania número 1032406340, laboro en nuestra empresa a partir del 16 de JULIO de 2024 hasta el 22 de OCTUBRE de 2024, mediante un contrato de trabajo por el término que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignado como trabajador en misión a la usuaria CLINICA DE MARLY S.A., en el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA con una asignacion mensual de UN MILLON NOVECIENTOS VEINTI-OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($1,928,644).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los 18 días del mes NOVIEMBRE de 2024 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

JUAN CARLOS RESTREPO
DIRECTOR JURÍDICO

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

Verifique bajo el código
1630989

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO; con documento de identidad No, 1032406340 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2018	5168	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/08/2018	10/09/2018	$1613395	sin dato
2	2018	5941	AUXILIAR EN ENFERMERIA	23/10/2018	31/01/2019	$1576350	sin dato
3	2019	3598-2019	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1/2/2019	31/12/2019	$1671024	SUBRED
4	2020	1168-2020	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2020	31/01/2021	$1734450	SUBRED
5	2021	1733-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	44228	44592	$1795086	SUBRED
6	2021	1733-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2021	31/01/2022	$1795086	SUBRED
7	2021	1733-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	44228	44592	$1795086	SUBRED
8	2021	1733-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2021	31/01/2022	$1795086	SUBRED
9	2021	1733-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2021	31/01/2022	$1795086	SUBRED
10	2021	1733-2021	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2021	31/01/2022	$1795086	SUBRED
11	2022	2548-2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2022	15/02/2022	$1848840	SUBRED
12	2022	4978-2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	16/02/2022	31/01/2024	$1848939	SUBRED
13	2024	2904-2024	AUXILIAR DE ENFERMERIA	01/02/2024	30/06/2024	$2061438	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal

Portafolio Integral
del Milenio S.A.S.

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el(a) señor(a), **CASTILLO RONCANCIO LUISA FERNANDA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **No.1.032.406.340** laboró con **PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO S.A.S** con número de **NIT 900799464–8** para la empresa en misión **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL,** como trabajador(a) con un contrato por Obra O Labor, desde el día 29 de Marzo del año 2018 hasta el día 07 de Junio del año 2018, desempeñando el cargo de **AUXILIAR LACTARIO.**

Se expide a solicitud del (a) interesado (a) a los Veintiséis (26) días del mes de Junio del año 2018.

SANDRA MILENA GUISADO
Directora de Gestión Humana

Clínica ColSanitas
Organización Sanitas Internacional

A QUIEN LE PUEDA INTERESAR

LA GERENTE DE COMPENSACION OSI

HACE CONSTAR

Que, **LUISA FERNANDA CASTILLO RONCANCIO,** Identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.032.406.340,** laboro en **CLINICA COLSANITAS S.A.** Con **NIT. 800.149.384-6** desde el **27 DE JUNIO DE 2016,** hasta el **21 DE JULIO DE 2016,** con un contrato a **TERMINO FIJO INFERIOR UN AÑO** desempeñando el cargo de **AUXILIAR LACTARIO I.**

La presente se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., a los Veintiocho (28) días del mes de Junio de dos mil diecisiete (2017).

SANDRA YANIRA OCAMPO SARMIENTO
GERENTE DE COMPENSACION OSI

Allus
Global BPO Center

EL ÁREA DE RELACIONES LABORALES

CERTIFICA QUE:

El señor(a): **CASTILLO RONCANCIO LUISA FERNANDA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No **1.032.406.340** laboró en nuestra compañía desde el: **25/03/2014** hasta el: **25/11/2014**

A la fecha del retiro su cargo era: **REPRESENTANTE DE SERVICIO**
con un contrato a término: **0**

Cordialmente,

Multienlace S.A.S.
Nit: 811.008.963-6
Oficinas ACI Bogotá

CARLOS ALBERTO CASTAÑEDA SUAREZ
Gerente Relaciones Laborales

Cualquier inquietud comunicarse al teléfono 3 43 19 20 Ext. 75421 - 75394