DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141205651070

(415)7707212489984(8020) 000014120565107 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 5 6 7 6 2 5 3	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

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 1 0 5 6 7 6 2 5 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	CASTRO	DIANA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	*40. Ciudad/Municipio*
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Espinal 2 6 8

41. Dirección principal: VDA PATIO BONITO

42. Correo electrónico: dylanka2708@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 9 3 8 9 0 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 2	2 0 1 0 0 4 0 1	8 6 9 9	2 0 2 5 0 9 0 9					

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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 2025-09-09 / 03:39:05PM

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 VARGAS CASTRO DIANA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Espinal, noviembre del año 2026

Señores:
Dra. Paula Alejandra Góngora Saavedra
Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES – HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E.

Yo, Diana Carolina mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1105676253 de Espinal, por medio del presente documento manifiesto bajo juramento no hallarme incurso, en algunas de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993.

La presente certificación se expide en el Municipio de El Espinal Tolima,

Cordialmente,

Diana Carolina Vargas C.
C.C 1105676253 DE Espinal

Espinal, noviembre del año 2026

Señores:
Dra. Paula Alejandra Góngora Saavedra
Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E.

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES – HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL TOLIMA E.S.E.

Yo, Diana Carolina mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1105676253 de Espinal, por medio del presente documento manifiesto bajo juramento no hallarme incurso, en algunas de las causales de inhabilidad e incompatibilidad contenidas en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993.

La presente certificación se expide en el Municipio de El Espinal Tolima,

Cordialmente,

Diana Carolina Vargas C.
C.C 1105676253 DE Espinal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.676.253**
VARGAS CASTRO

APELLIDOS
DIANA CAROLINA

NOMBRES

Diana Carolina Vargas C.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1988**
ESPINAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

18-SEP-2006 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2904600-00393495-F-1105676253-20120815 0030828403A 1 6481896361

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305625266

PIB
16:03:08

Bogotá DC, 29 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) DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1105676253:

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 jueves 29 de octubre de 2026, a las 16:06:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1105676253
Código de Verificación	1105676253261029160600

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 MARTÍNEZ 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 04:08:35 PM horas del 29/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1105676253**

Apellidos y Nombres: **VARGAS CASTRO DIANA CAROLINA**

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

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, 29/10/2026 04:09:32 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1105676253** y Nombre: **DIANA CAROLINA VARGAS 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. **150597453** . 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

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE	**SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD** **FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS**		
Código: HSR-GSC-CIE-P01-F19	**Versión: 02**	**Página: 1 de 1**	
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E			

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Diana Carolina Vargas identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1105676253 expedida en Espinal, autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Hospital San Rafael de El Espinal Tolima E.S.E., identificada con el NIT 890.701.033-0, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de El Hospital San Rafael De El Espinal E.S.E, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de El Espinal en noviembre del año 2026.

Firma: Diana Vargas
Nombre: Diana Carolina Vargas P.
Cedula 1105676253

ELABORÓ POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
ÁREA DE CONTRATACIÓN	COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO (MIPG)	DRA. PAULA ALEJANDRA GONGORA SAAVEDRA GERENTE
FECHA: 07/02//2025	FECHA: 28/04//2025	FECHA: 28/04//2025

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 10:36:27 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1105676253,** Apellidos y Nombres **VARGAS CASTRO DIANA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN RAFAEL** , con NIT **890701033-0** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

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 1105676253 **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 29/10/2026 6:49 AM

Código Verificación: **U3AF2T1WJL**

Válida hasta: **27/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vargas	Castro	Diana Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1105676253

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 22 MES 02 AÑO 1988

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Espinal

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Vereda Patio bonito

PAÍS: Colombia DEPTO: Tolima

MUNICIPIO: Espinal

TELÉFONO: 3134849735 EMAIL: dylanka2708@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: Bachiller Academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 X	MES 12 AÑO 2004

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	3	X		Tec. en Auxiliar de enfermeria	06	2010	3372

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE				
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Rafael		*PÚBLICA* x	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	*MUNICIPIO* Espinal			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@hospitalsanrafael-espinal.gov.co
TELÉFONOS 2482818	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 07 AÑO 2026		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 10 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Aux. De enfermeria	*DEPENDENCIA* Equipos Basicos		*DIRECCIÓN* Calle 4 # 6 - 29	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Rafael		*PÚBLICA* x	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	*MUNICIPIO* Espinal			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@hospitalsanrafael-espinal.gov.co
TELÉFONOS 2482818	*FECHA DE INGRESO* DÍA 28 MES 01 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DÍA 15 MES 03 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO Aux. De enfermeria	*DEPENDENCIA* Equipos Basicos		*DIRECCIÓN* Calle 4 # 6 - 29	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Rafael		*PÚBLICA* x	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	*MUNICIPIO* Espinal			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ventanillaunica@hospitalsanrafael-espinal.gov.co
TELÉFONOS 2482818	*FECHA DE INGRESO* DÍA 01 MES 08 AÑO 2025		*FECHA DE RETIRO* DÍA 31 MES 12 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Aux. De enfermeria	*DEPENDENCIA* Equipos basicos		*DIRECCIÓN* Calle 4 # 6 - 29	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR				
EMPRESA O ENTIDAD Proyectar salud		*PÚBLICA*	*PRIVADA* x	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	*MUNICIPIO* Girardot			*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionalusuario.bogota@proyectarsalud.com
TELÉFONOS 3186612397	*FECHA DE INGRESO* DÍA 15 MES 04 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DÍA 15 MES 06 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Aux. De enefermeria	*DEPENDENCIA* Cuidador Domiciliaria		*DIRECCIÓN* Mz 46 casa 1 Barrio Santa Isabel	

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	3	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	10
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	25

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

29/10/2026 Espinal - Tolima

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Diana Vargas C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

El servicio público es de todos | 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)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
DIANA	**CAROLINA**	**VARGAS**	**CASTRO**

Documento de identificación

C.C. [X] C.E. [ ] T.I [ ] NIT. [ ] Número 1105676253

Lugar de Nacimiento

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio ESPINAL

Lugar de domicilio

País COLOMBIA Departamento TOLIMA Municipio ESPINAL

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.

Cargo o función que cumple

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

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

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	2.500.000
Cesantías e intereses de cesantías	-
Gastos de representación	-
Arriendos	-
Honorarios	-
Otros ingresos y rentas	

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que poseo etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente **SI** [ ] **NO** [X]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	CONYUGAL	

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Padre	Gustavo			Hernandez	93.115.434
Hijo(a)	Dylan	Esteban	Garcia	Vargas	1.111.123.977

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

TOTAL	2.500.000

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
Davivienda	COLOMBIA	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

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

CONCEPTO	SALDO

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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

República de Colombia
Secretaría de Educación del Tolima

EL Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Corporación de Estudios Técnicos en Salud

« Corpetsalud Ltda. »

Con Autorización oficial según Resolución No. 0871
del 8 de Julio de 2009, emanada de la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima
y acuerdo No. 32 del Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo del Recurso
Humano en Salud del Ministerio de Protección Social.

Teniendo en cuenta que:

DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO

C.C. 1105.676.253 Expedida en Espinal culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios le confiere el

Certificado de:

Técnico en Auxiliar de Enfermería

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la ciudad de El Espinal a los 25 días del mes de Junio de 2010

Director del Instituto

Secretaria Habilitada
del Instituto

Anotado en el Folio 31 del Libro de Registro 2

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 960

En la ciudad de Espinal el día25 de Junio de2010 a las 05:00 P.M. Se llevo a cabo la ceremonia de certificación del Programa de Formación de TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, acto precedido por las directivas: La Doctora YENY DIAZ GARZON Directora General, el Licenciado JUSTINO VALDERRAMA Director Administrativo y la licenciada ELIZABETH RODRIGUEZ, Coordinadora Académica de la Corporación de Estudios Técnicos en Salud "CORPETSALUD LTDA".

Previa toma del juramento se confiere la certificación a la señorita: DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO CON C.C. 1.105.676.253 de Espinal como APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA establecidos por el MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL y el Instituto de Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano, CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS EN SALUD, Institución aprobada con resolución Con resolución Nº 0871 del 8 de Julio del 2009, emanada de la Secretaría de Educación y cultura del Tolima y licencia de aprobación del MINISTERIO DE SALUD SEGÚN acuerdo Nro. 32 emitido en Santa fé de Bogotá el 25 de marzo de 1999. En testimonio de lo anterior, se firma la presente certificación.

JENNY DIAZ GARZON
Directora General

ELIZABETH RODRIGUEZ R.
Coordinadora Académica

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO

1105676253

REGISTRO Nº. 3372 03/12/2010

Inscripción 4682/2010-73 3372/2010

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

El presente carné es válido para dar cumplimiento a lo establecido en los Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000 y 860 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

Secretario de Salud del Tolima

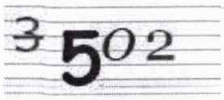
Este carné es personal e intransferible.
Si es encontrado favor devolverlo a la Secretaría de Salud del Tolima

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1105676253	DIANA	VARGAS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8283

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-29→4:34:04 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1105676253	DIANA	CAROLINA	VARGAS	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 Human en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO identificado(a) con CC 1105676253 registra La siguiente información:

2026-10-29→4:34:04 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2010-12-03	3372	GOBERNACION DEL TOLIMA

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 en el 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).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100-2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-05-19
Fecha de vencimiento: 2028-05-19

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia / Sentencia C-055-2022
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Curso Atención de Urgencias en Pacientes Víctimas de Ataque con Agentes Químicos con un total de 72 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-13
Fecha de vencimiento: 2028-01-13

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

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

Salud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

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

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-13
Fecha de vencimiento: 2028-01-13

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Gestión Integral del Duelo
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la página
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Educación Inclusiva con enfoque Diferencial con un total de 160 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Comunitario
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Programa Ampliado de Inmunización y Vacunación- PAI con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-14
Fecha de vencimiento: 2027-07-14

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Certifica

Diana Carolina Vargas castro

CC 1105676253 de Espinal, Tolima

Realizó y aprobó el Curso Protocolos en la Toma y Transporte de Muestras de Laboratorio Resolución 3100 de 2019

con un total de 60 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2026-01-13
Fecha de vencimiento: 2028-01-13

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

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

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

Diana Carolina Vargas Castro

N° de identificación: 1105676253

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: 7a70a12a-70cd-439b-bd8f-d747ad397752

viernes 25 de julio de 2025

VICTORIA EUGENIA LEMA LONDOÑO

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye titulo de idoniedad para el ejercicio de las profesiones de salud.

68824b72-22c4-4a36-bad3-0091ac1f5b76

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas 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 %

24 de julio de 2025

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=68824b72-22c4-4a36-bad3-0091ac1f5b76

5bb68e12-cea3-47aa-b1fc-4c273b3ef19a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el curso virtual:

Vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 15 - Porcentaje de aprobación: 96,67 %

13 de enero 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=5bb68e12-cea3-47aa-b1fc-4c273b3ef19a

6883a939-6634-4302-a6d0-1d97ac1f5155

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el curso virtual:

Taller de entrenamiento para la vigilancia de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 8 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

25 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=6883a939-6634-4302-a6d0-1d97ac1f5155

68823d2e-d768-4c19-93a9-00e0ac1f5b76

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado la

Capacitación para proveedores de atención primaria: intervenciones breves contra el tabaco (Curso virtual de la OMS)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 6 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

24 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=68823d2e-d768-4c19-93a9-00e0ac1f5b76

6882fd50-bdf4-46fa-b7a3-8360ac1f0840

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

HEARTS en las Américas: Mejora Continua de la Calidad para los Equipos de Atención Primaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 8 - Porcentaje de aprobación: 96,00 %

24 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

HEARTS EN LAS AMÉRICAS

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6882fd50-bdf4-46fa-b7a3-8360ac1f0840

688244f4-6540-4b1b-be0d-02ebac1f5b76

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el curso virtual:

Mejor atención para las ENT:

Acelerar Acciones en la Atención Primaria de Salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 15 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

24 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

Mejor Atención para las ENT
Acelerar Acciones en la Atención Primaria de Salud

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=688244f4-6540-4b1b-be0d-02ebac1f5b76

Diana Carolina Vargas Castro
C.C. N ° 1.105.676.253 Espinal, Tolima

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 80,50 %

23 de septiembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=5Rd36cee-8a10-491a-8c5b-3ab7ac1f3d13

f653311e-01bd-4404-9ff0-81976eff11ea

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas 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: 81,67 %

4 de agosto 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=f653311e-01bd-4404-9ff0-81976eff11ea

4c0b8879-16d9-4735-ae57-50d9bd78dca9

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de de los profesionales de atención primaria de salud - 2da versión

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 81,31 %

15 de mayo 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=4c0b8879-16d9-4735-ae57-50d9bd78dca9

5be20f19-f16a-4ccb-ae5a-fcb140c4dae3

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el

Curso Virtual de Autoaprendizaje: Entendiendo y actuando contra el estigma en salud mental en contextos de salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 5 - Porcentaje de aprobación: 96,67 %

15 de mayo 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=5be20f19-f16a-4ccb-ae5a-fcb140c4dae3

e31221bc-ad20-444e-9f59-90bc63e076b7

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el curso virtual:

Mejorando la salud mental de niños, niñas y adolescentes en atención primaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 13 - Porcentaje de aprobación: 78,15 %

15 de mayo 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

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=e31221bc-ad20-444e-9f59-90bc63e076b7

ae6cb3d2-6fa1-436d-8812-8767587b13ee

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el

Curso virtual fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud a la violencia contra mujeres y niñas en Latinoamérica

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 3 - Porcentaje de aprobación: 94,17 %

15 de mayo 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=ae6cb3d2-6fa1-436d-8812-8767587b13ee

4d651709-4d15-40e2-92a0-8b16e575198b

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el

Curso virtual de autoaprendizaje: Capacitación sobre la Respuesta Médico-Legal a la Violencia de Pareja y la Violencia Sexual

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 15 - Porcentaje de aprobación: 90,10 %

15 de mayo 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=4d651709-4d15-40e2-92a0-8b16e575198b

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Nicaragua certifican que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el curso virtual:

Curso Manejo de las complicaciones obstétricas de emergencia 1ª edición 2023

Ofrecido a través del Nodo Nicaragua del Campus Virtual de Salud Pública, con una duración de 10 horas

15 de mayo de 2026

Ing. Ana Treasure
Representante
OPS/OMS en Nicaragua

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://cursospaises.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=3164f54e-1753-4c32-97e0-35b4a0271970

Salud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Manejo clínico de pacientes con fiebre amarilla

Ofrecido a través del Nodo Colombia del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 48 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

25 de mayo de 2026

Dra. Gina Tambini
Representante OPS/OMS en Colombia

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

01569d4b-c548-44b2-ba4e-6911cc46f54e

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=01569d4b-c548-44b2-ba4e-6911cc46f54e

6841af56-2e9e-4afb-875c-94dba8758358

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas 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 %

27 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=6841af56-2e9e-4afb-875c-94dba8758358

ea891470-39b9-4af3-8329-1807ca4449be

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Abordaje Integral de Chagas:

Hacia la Eliminación como Problema de Salud Pública

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

27 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=ea891470-39b9-4af3-8329-1807ca4449be

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Diana Carolina Vargas Castro

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Leishmaniasis en las Américas: Diagnóstico y Tratamiento

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 82,00 %

27 de julio 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

BIREME
Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=41248403-48c4-4844-967d-70da48d8cadc

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09 JUL 2021	Sinovac	202106082	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE VACUNACION	Natali Marcela Cuenca T. Aux. de Enfermería C.C. 38.211.729	
	2	13-08-21	Sinovac	202108 0590	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE VACUNACION	Jineth Katherine Soto R. C.C. 1.105.683.431 Auxiliar de Enfermería	
		07 JUL 2022	Pfizer	PLACOVID	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL ESE VACUNACION	Pedro Alexander Prada V. C.C. 1.110.262.017 Auxiliar de enfermería	

Certificado de Vacunación

Institución: SALUD OCUPACIONAL M & P SAS

Nombre: VARGAS CASTRO DIANA.

Identificación: 1.105.616.153. Tel: 8361683

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
H.B	1	03-10-20	1243020	

cortesía sanofi pasteur

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	13-10-20	R3F881V	Sandra
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	13-10-20	2338X00	Sandra
	2	11-10-21	2338X000	Katherine Soto
	3	13-10-23	2455X001	
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	11-10-21	0320B0024	Katherine Soto
	2	13-10-25	LFV7B0030	
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	13-10-20	V5020014	Sandra.
Otras		11-10-21	V5020019	Katherine soto
		13-10-23	V5021920	

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: c56997b1-b6e0-4a7b-8407-63be4b0528cb

Nombres y apellidos / Full name: **DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 0 5 6 7 6 2 5 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **23/02/1988**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3157437460**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Quinta	13	10	2020		2338X004AE	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	NARY ORJUELA
Fiebre Amarilla	Única	13	10	2020		R3F881V	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	NARY ORJUELA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	13	10	2020		V50220014	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	NARY ORJUELA
COVID SINOVAC	Primera	09	07	2021	Sinovac	202106082I	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	NATALI MARCELA CUENCA TORRES
COVID SINOVAC	Segunda	13	08	2021	Sinovac	202106059O	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	JINETH KATHERINE SOTO RIVERA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	07	07	2022	PFIZER	PCA0070	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	PEDRO ALEXANDER PRADA VALENCIA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	19	09	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	ESPINAL ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ALEIDY ALEJANDRA VARON MORALES - CC. 1105680029 - ACTUAL

influenza RF 24 SET. 2026 Biopharma V50526006
DPT AC Única 24 SET. 2026 GSK AC37B235A
28 semanas

VACUNACIÓN

Mary Carolina Quiroga
CC. 35.6[illegible]
Auxiliar de Enfermería

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.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	20-03-2026	0153N005B	
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado 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, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Diana Carolina

Apellidos: Vargas Castro.

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 1 0 5 6 7 6 2 5 3

Fecha de nacimiento: Día 2 3 Mes 0 2 Año 1 9 8 8

Salud Ocupacional
Mahecha y Romero Limitada.

Código de prestador de servicios SST 732680200501
Distintivo de habilitación de servicios de SST - DHSS 00261854 PROTECCIÓN ESPECIFICA VACUNACIÓN
Licencia en Salud Ocupacional 3104/2021 SST

CARNET DE VACUNACIÓN 6174

NOMBRE: Diana Carolina Vargas Castro

IDENTIFICACIÓN: 1105676253

VACUNA	DOSIS	MARCA Y LOTE	FECHA DE APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1			
	2			
	3			
	REFUERZO			
ANTITETANICA	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	REFUERZO			
FIEBRE AMARILLA	1			
	REFUERZO			
HEPATITIS A	1			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL (SRP)	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	1			
	2			
	3			
INFLUENZA (H1 - N1)				
NEUMOCOCO				
D.P.T		Adacel 3CA691C6	29-07-25	Luis R.

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL E.S.E
Nit: 890.701.033-0

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION

CONTRATO No.	444-CPSAG
FECHA	01 DE JULIO DEL AÑO 2026
NÚMERO DEL PROCESO	444-CPSAG-2026
CONTRATANTE	HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.
NIT	890.701.033-0
CONTRATISTA	DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO
IDENTIFICACIÓN	1.105.676.253 DE EL ESPINAL
DIRECCIÓN	VEREDA PATIO BONITO
TELÉFONO	3133849735
CORREO ELECTRÓNICO	DYLANKA2708@HOTMAIL.COM
RÉGIMEN TRIBUTARIO	CONTRIBUYENTE NO RESPONSABLE DE IVA

Entre los suscritos a saber: por una parte, el **HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E**, representada legalmente en su condición de Gerente por la doctora **PAULA ALEJANDRA GÓNGORA SAAVEDRA**, mayor de edad y, vecina en la actualidad de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 65.782.547 de Ibagué, nombrada mediante Decreto No. 0213 del 22 de marzo de 2024, posesionada el 01 de abril de 2024 por la señora Gobernadora del departamento del Tolima, facultada para celebrar contratos de conformidad con el Acuerdo No. 013 de 2022 modificado por el Acuerdo No 012 de 2024 y la resolución No. 0365 de 2024, y quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE** y, por otra parte la señora **EL CONTRATANTE** y, por otra parte la señora **DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.105.676.253 de El Espinal, quien manifiesta bajo la gravedad de juramento no estar incurso(a) en causales de inhabilidad e incompatibilidad conforme al artículo 8° de la Ley 80 de 1993, adicionado y modificado por el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y el parágrafo 3 del artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, para celebrar el presente contrato y quien para los efectos del mismo se denominara **EL CONTRATISTA,** hemos acordado celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**, el cual se regirá por las siguientes:

CLÁUSULAS	
1. OBJETO.	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL – TOLIMA E.S.E., EN EL ÁREA URBANA, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 248 DEL AÑO 2026.
2. PLAZO.	La ejecución objeto a contratar será por el plazo de cuatro (04) meses, contados a partir de la firma del acta de inicio previo perfeccionamiento y legalización del contrato.
3. LUGAR DE EJECUCIÓN.	Hospital San Rafael E.S.E o donde se requiera para el cumplimiento del objeto del contrato.
4. OBLIGACIONES.	**OBLIGACIONES GENERALES:** **1.** Ejecutar el objeto del contrato de acuerdo con lo estipulado en las condiciones para contratar y en la oferta presentada por el contratista.

2. Realizar oportunamente los pagos al sistema de seguridad social y parafiscal de acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007.
3. Guardar la suficiente reserva profesional sobre la información que se obtenga del contratante.
4. Responder por la calidad de los servicios prestados.
5. El contratista deberá asumir el pago de los impuestos que le corresponda cancelar de conformidad a la ley.
6. Las demás que se requieran de acuerdo con la naturaleza del contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. De acuerdo con el perfil profesional realizar acciones enmarcadas en la Estrategia APS a Hogares familiares de la zona rural y urbana de los Territorios y microterritorios asignados, según los lineamientos establecimientos por el Ministerio de salud y protección social.
2. De acuerdo al perfil profesional realizar acuerdos comunitarios (mesas de trabajo) con los actores comunitarios que se identifiquen como interlocutores (Autoridades ancestrales/tradicionales, representantes de las Juntas de Acción comunal, COPACOS o demás actores u organizaciones que se requieran), garantizando las condiciones que permitan que su participación sea efectiva. Las reuniones de concertación con las comunidades deberán quedar registradas en actas formales en las que se consignen de manera clara la socialización, validación, concertación y acuerdos sobre:

   - La presentación de la situación de salud del territorio, el propósito, la conformación y organización de los equipos básicos.
   - La priorización de situaciones en salud a abordar reconociendo los aportes de la comunidad.
   - El despliegue de los EBS, resaltando la importancia de la participación social y comunitaria, el reconocimiento de liderazgos locales y la definición de roles comunitarios que contribuyan a facilitar procesos en salud y fortalecer la acción colectiva.
   - Mecanismos de seguimiento y reporte de información, acciones y resultados conforme al capítulo de seguimiento del presente lineamiento.
   - El reconocimiento y la incorporación de prácticas culturales y tradicionales en salud valorando los conocimientos y métodos propios de las comunidades indígenas, campesinas, afrodescendientes y otras poblaciones étnicas, para garantizar una atención integral y respetuosa de su cosmovisión.
   - Los planes de cuidado primario de las familias y sus integrantes y su alcance comunitario.

	3. De acuerdo al perfil profesional realizar la actualización de las cartografías sociales, identificando las necesidades de la comunidad en cada micro territorio. Dichos mapeos deberán ser actualizados mensualmente y deberán incluir las actividades ejecutadas, las situaciones de vigilancia epidemiológica, los casos de relevancia para el seguimiento de la salud pública y las convenciones relacionadas con las situaciones encontradas. 4. De acuerdo al perfil profesional elaborar un cronograma detallado de actividades de su perfil, el cual deberá ser actualizado mensualmente en función, de los avances del proyecto. Este cronograma debe ajustarse al plan de ejecución general y cumplir con los requerimientos establecidos por los lineamientos de los equipos básicos de salud. 5. Realizar la Identificación de las familias nuevas de acuerdo a su entorno y registrar al Sistema Integrado de Información para la Atención Primaria en Salud SI-APS conforme a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y protección social, asegurando su correcta interpretación y aplicabilidad en la atención primaria en salud. 6. **Inducción de la Demanda de Servicios de Salud:** Promover la utilización de los servicios de salud relacionados con las prioridades de salud pública y aquellos eventos de alto impacto, asegurando su registro y reporte a las entidades y profesionales competentes: 7. **De acuerdo al perfil profesional elaboración y seguimiento a planes Integrales de Cuidado.** Elaborar y dar seguimiento a Planes Integrales de Cuidado Primario de carácter participativo, a nivel individual, familiar y comunitario, en cada microterritorio intervenido este PCP debe: • Se deberán identificar y priorizar las intervenciones y acciones pertinentes, promover la concertación de logros y acciones con las familias correspondientes y definir de manera precisa las atenciones, intervenciones y acciones a implementar en el entorno correspondiente, este PCP debe: • El momento de identificación y concertación del PCP con la familia debe ser realizado por médico, enfermera jefe, psicólogo y auxiliar de enfermeria. • Elaborar la respectiva acta de concertación con la familia donde participen todos los integrantes del equipo básico, anexar evidencia fotográfico y listado de asistencia tanto de la familia como el EBAS. • Registrar al Sistema Integrado de Información para la Atención Primaria en Salud SI-APS **componente poblacional** conforme a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y protección social, asegurando su

correcta interpretación y aplicabilidad en la atención primaria en salud.

- Determinar la prioridad en salud de la familia y de sus integrantes. Para esto, se debe tener en cuenta lo siguiente: Prioridad alta, prioridad media, prioridad baja **(Ver anexo de orientaciones según lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social versión mayo 2026)**
- El Plan de Cuidado Primario se consolidará a partir de la concertación de logros y acciones de cuidado; estos se registran en el sistema de información **SI APS** para el acompañamiento sistemático (según lineamiento del Ministerio de Salud y Protección Social versión mayo 2026)
- Los logros se organizarán en categorías en el Plan de Cuidado Primario. Categorizar los logros significa organizar o clasificar los logros que se acuerdan con la familia sus integrantes o comunidades dentro del conjunto de categorías previamente definidas **(Ver anexo de orientaciones para la categorización y valoración de logros del plan de cuidado primario)**. No es crear nuevos logros, sino ubicar cada logro dentro de la categoría que mejor representa el tipo de cambio o transformación que se está buscando de manera concertada.

8. De acuerdo con el perfil profesional y a la prioridad identificada en cada plan de cuidado primario establecido y concertado con cada familia; realizar seguimientos según los lineamientos del ministerio de salud y protección social en la zona rural y urbana de los hogares atendidos.
9. **Gestión de Afiliaciones al Sistema de Salud:** Identificar a las personas no afiliadas al sistema de salud y promover su pertinente vinculación a través de los lineamientos establecidos.
10. **Información sobre la Oferta de Servicios:** Orientar a las familias sobre el portafolio de servicios disponibles en salud y otros sectores, según sus necesidades específicas.
11. **Divulgación de Acciones de Salud en la Comunidad:** Informar a la comunidad sobre las estrategias y actividades implementadas por el equipo básico de salud, utilizando los medios y herramientas de comunicación definidos por la institución.
12. **Identificación de las poblaciones especiales**: Identificar las poblaciones especiales en el microterritorio y actualizar su caracterización mediante la elaboración y seguimiento de una base de datos.
13. **Fortalecer los procesos de vigilancia en salud pública:** Seguimiento a menores de 5 años, gestantes, discapacidad, salud mental, crónicos, adulto mayor, TBC, Lepra, leishmaniasis, Chagas, dengue y en especial lo relacionado con identificación de posibles casos de fiebre amarilla.

	14. **Educación para la Salud y Promoción de Prácticas Saludables**: Se realizarán jornadas de capacitación dirigidas a la comunidad sobre la prevención de enfermedades, identificación de signos de alarma y fomento del autocuidado individual y colectivo, con énfasis en la prevención de ETV. 15. **Apoyar la vacunación en la población susceptible**: De acuerdo al perfil profesional garantizar el apoyo en las jornadas masivas de vacunación extramural de la población que lo requiera y que se desarrollen como respuesta a alertas y planes de contingencia. El contratista deberá desplazarse a los microterritorios y a los lugares que disponga el Hospital para el cumplimiento de esta obligación. 16. **Atención para la promoción y apoyo a la lactancia materna**: Elaborar estrategias de comunicación, dirigidas a la comunidad, orientadas a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, utilizando medios pedagógicos adecuados, garantizando el acceso a la información y fomentando prácticas saludables en el marco de la atención primaria en salud. 17. De acuerdo al perfil profesional alimentar la DRIVE y herramienta definida por el Ministerio de Salud y Protección Social SI-APS, la información requerida por el programa; así como archivar adecuadamente los documentos generados durante la ejecución del proyecto siguiendo el protocolo establecido para los Equipos Básicos en Salud (EBS). 18. **Reuniones de Evaluación y Seguimiento**: de acuerdo al perfil profesional Participar activamente en las actividades institucionales programadas por el área administrativa y los líderes de equipo, garantizando la asistencia a reuniones de retroalimentación y seguimiento, en las que se presenten resultados, se proyecte plan de mejora según necesidad de los factores identificados el cual el EBAS debe de fortalecer. De cada sesión se deberá levantar un acta formal con evidencia fotográfica y lista de asistencia la cual deberá ser anexada como soporte al informe mensual de actividades. 19. **Entrega de Informes de Actividades y Actas de Reunión:** El contratista deberá presentar de manera oportuna los informes de actividades, incluyendo las actas de reunión mensual del equipo de trabajo, en donde se evidencien las acciones ejecutadas, conforme a los lineamientos y plazos establecidos. 20. Se brindará apoyo en las actividades que se requieran para la implementación, monitoreo y seguimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud. 21. El contratista deberá brindar el apoyo y la colaboración necesaria en todas las acciones, estrategias, programas, jornadas, brigadas y demás actividades que deba adelantar la ESE con ocasión a emergencias sanitarias, calamidades públicas, alertas, planes de contingencias, eventos de interés en salud pública, y en otros

	22. Cumplir con las demás obligaciones que le sean designadas por el supervisor y la gerencia, que estén relacionadas con el desarrollo del objeto contractual, contribuyendo de manera efectiva al cumplimiento de los objetivos de la E.S.E.
5. VALOR.	DOCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($12.600.000) MONEDA CORRIENTE.
6. FORMA DE PAGO.	El Hospital San Rafael de El Espinal Tolima, cancelará el valor del contrato en pagos parciales, de acuerdo con el servicio prestado y facturado, los cuales se realizarán previa presentación de los siguientes documentos: • Cuenta de cobro y/o factura de venta • Informe de actividades • Soporte de pago al sistema de seguridad social integral • Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor
7. REQUISITOS DE PAGO.	El contratista deberá presentar los siguientes documentos para gestionar el o los pagos productos del presente contrato: **1.** Cuenta de cobro y/o factura de venta. **2.** Informe de actividades. **3.** Soporte de pago al sistema de seguridad social integral y parafiscal. **4.** Certificación de cumplimiento suscrito por el Supervisor. **PARÁGRAFO:** Para el pago el contratista deberá acreditar el pago de las obligaciones al sistema de seguridad social integral, de acuerdo con el Art. 23 de la Ley 1150 de 2007. El supervisor que no verifique el pago al sistema de seguridad social integral y aportes parafiscales incurrirá en causal de mala conducta y estará sujeto a las sanciones establecidas en el Código Único Disciplinario (Ley 1952 de 2019).
8. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL.	El valor del presente Contrato se imputará con cargo al certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 694 del 23 de junio del año 2026.
9. SUPERVISOR.	EL HOSPITAL, efectuará la supervisión del presente contrato a través de **ANA CECILIA PADILLA ROJAS,** Subdirectora Operativa, y/o el funcionario designado por la gerencia del Hospital. Para lo cual deberá cumplir con las funciones establecidas en la Ley y la Resolución No. 0424 del 2022 (Manual de supervisión e interventoría).
10. GARANTÍAS.	Teniendo en cuenta la naturaleza, cuantía y forma de pago del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión y de conformidad con el estatuto de contratación de la entidad, no se considera necesario la constitución de garantías.
11. CLÁUSULAS EXCEPCIONALES	En este contrato se entienden pactadas las cláusulas excepcionales previstas en los artículos 14 al 18 de la ley 80 de 1993, y demás normas que regulen la materia.
12. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO.	Sólo en eventos de fuerza mayor, caso fortuito y/o por mutuo acuerdo, las partes podrán suspender la ejecución del contrato. Este hecho, previo concepto del supervisor, se hará constar en acta que suscribirán el CONTRATISTA y el supervisor con el visto bueno del ordenador del gasto.
13. MODIFICACIONES, PRORROGAS, ADICIONES,	Toda solicitud de este tipo será tramitada por el ordenador del gasto, previa solicitud escrita ya sea por el supervisor, la solicitud debe estar

TERMINACION ANTICIPADA Y CADUCIDAD.	acompañada de los soportes indicados, conceptuando sobre su necesidad y conveniencia, con la debida antelación al vencimiento del plazo de ejecución.
14. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y REPORTE DE INFORMACIÓN.	El CONTRATISTA deberá cumplir con las políticas, criterios, manuales y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión del Hospital San Rafael E.S.E. frente al sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información en concordancia con las directrices y lineamientos establecidos en la Circular Externa No. 009 de 2016, modificada por la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. El CONTRATISTA deberá cumplir con los procedimientos, mecanismos e instrumentos que, en materia de prevención, administración del riesgo y control del lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información adoptará el Hospital San Rafael de El Espinal, para evitar que en el desarrollo de cualquiera de las actividades comprendidas dentro de su objeto social pueda ser utilizada para el ocultamiento de dineros provenientes de actividades delictivas.
15. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES – HABEAS DATA.	El Hospital San Rafael de El espinal E.S.E. de conformidad con su política de protección de datos personales se encuentra comprometido el tratamiento legal, legítimo y seguro de los datos personales contenidos en sus sistemas de información, documentos, archivos, formatos, formularios y demás instrumentos de recolección o almacenamiento de información física o digital. En virtud de lo anterior, la información entregada al CONTRATISTA para la ejecución del contrato permanecerá en la base de datos de la entidad contratante mientras la misma sea necesaria o durante el término que determine la ley. Al suscribir el presente contrato, como CONTRATISTA manifiesto que fui informado expresa y previamente por parte del Hospital San Rafael, como responsable del tratamiento de la información, de las finalidades, obligaciones y deberes enmarcados en la ley de protección de datos, así como los derechos que me asisten, como lo son conocer, actualizar o rectificar mi información y ejercer los demás derechos previstos en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y complementarios, según la política de tratamiento de datos personales, disponible en: http://www.hospitalsanrafael-espinal.gov.co, en la cual se indica los canales habilitados por la ESE para ejercerlos
16. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERESES.	EL CONTRATISTA tal como lo acredita por escrito en su propuesta, declara bajo la gravedad de juramento, que no se encuentra incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades para contratar con las Entidades Estatales (Constitución Política de Colombia, artículo 8 de la Ley 80 de 1993, 6 Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015) y que, si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo dispone el artículo 9 de la Ley 80 de 1993; así mismo declara que no se encuentra incurso en conflictos de intereses.
17. CESION DEL CONTRATO.	LA CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato en todo o en parte a persona alguna natural o Jurídica nacional o extranjera sin el

	consentimiento previo y expreso otorgado por escrito por parte del HOSPITAL.
18. CAUSALES DE TERMINACIÓN.	El contrato también podrá terminarse por cualquiera de los siguientes eventos: **i)** por acuerdo de las partes; **ii)** por vencimiento del plazo; **iii)** por caso fortuito o fuerza mayor; **iv)** por incumplimiento, de una o algunas de las obligaciones contratadas o su ejecución tardía, defectuosa o en forma diferente a la acordada en los términos definidos para este contrato.
19. MULTAS.	En caso de mora o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones aquí estipuladas en que incurren algunas de las partes, deberá pagar a la parte cumplida la suma equivalente a diez (10%) del valor del contrato, a título de indemnización por dicho incumplimiento. El pago se ajustará al procedimiento legal establecido para tal fin. Si ello no fuere posible, su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento. De las multas y demás sanciones impuestas por el HOSPITAL se informará a las entidades respectivas. **PARÁGRAFO**. La exigibilidad de las multas no exonerará al CONTRATISTA del cumplimiento de sus obligaciones contractuales hasta la terminación del contrato.
20. CLÁUSULA PENAL.	En caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA o de la declaratoria de caducidad, éste deberá pagar un valor equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato, el cual se podrá cobrar, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial a título de sanción pecuniaria, siendo la estimación anticipada de perjuicios pactada por las partes en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo.
21. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.	Las controversias o diferencias que surjan entre el contratista y el contratante con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del contrato, así como de cualquier otro asunto relacionado con el presente contrato, serán sometidas a la revisión de las partes para buscar un arreglo directo mediante la conciliación.
22. EXCLUSION DE RELACIÓN LABORAL.	Las actividades que ejecuta EL CONTRATISTA y sus empleados, en desarrollo del presente contrato no generan relación laboral, ni pago de prestaciones sociales por lo tanto no da derecho a ningún tipo de emolumentos distintos a los pactados en este contrato, de acuerdo con lo establecido en inciso 2°. Numeral 3° del artículo 32 de la ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO:** En cumplimiento de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios EL CONTRATISTA deberá afiliarse al sistema de seguridad social y el Hospital efectuará los controles mensuales para comprobar que EL CONTRATISTA permanezca afiliado durante el desarrollo del contrato.
23. DOCUMENTOS INTEGRANTES DEL CONTRATO.	Forman parte integrante de este contrato los siguientes documentos: **1.** El CDP y los demás documentos expedidos en la etapa pre-contractual, contractual y postcontractual. **2.** Todas las modificaciones, adiciones o aclaraciones que se expidan con posterioridad. **3.** Todos los documentos necesarios para la legalización que se elaboren. **4.** Los documentos que soporten la ejecución del mismo.

HOSPITAL SAN RAFAEL
DE EL ESPINAL ESE
Nit: 890.701.033-0

24. REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN.	El presente contrato se perfecciona con la suscripción de las partes, y para su legalización y posterior ejecución se requiere: **a)** Registro presupuestal. **b)** Acta de inicio.
25. DECLARACIONES.	Las partes declaran que conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las estipulaciones contenidas en el presente contrato y los demás documentos que forman parte integral del mismo, cuya interpretación se sustentará en el principio de la autonomía de la voluntad de las partes con fundamento en el artículo 1602 del código civil colombiano.
26. NOTIFICACIONES.	Para efectos de las comunicaciones y/o notificaciones a que hubiere lugar en desarrollo del objeto contractual, y con posterioridad a éste, las partes registran las siguientes direcciones, en las cuales se surtirán válidamente las mismas; El Hospital en el Despacho de la Gerencia; El Contratista en La VEREDA PATIO BONITO - DYLANKA2708@HOTMAIL.COM. El contratista se obliga a informar al HOSPITAL cualquier novedad al respecto, so pena de que se consideren válidamente surtidas las actuaciones pertinentes, en la dirección registrada.

EL CONTRATANTE:

PAULA ALEJANDRA GONGORA SAAVEDRA
GERENTE HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E.

EL CONTRATISTA:

Diana Carolina Vargas C.

DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO
C.C. 1.105.676.253 DE EL ESPINAL

EL SUPERVISOR:

ANA CECILIA PADILLA ROJAS
SUBDIRECTOR OPERATIVO

Proyecto: María Paula Barrero M – Contratación.

Reviso: Asesor Jurídico.

Diana Carolina Vargas Castro
C.C. N ° 1.105.676.253 Espinal, Tolima

NIT 900.504.265-3

PROYECTAR SALUD SAS

CERTIFICA QUE

La señora **DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.105.676.253** de **Espinal,** laboró para nuestra compañía con un contrato **obra o labor,** desempeñándose en el cargo **CUIDADOR,** bajo las siguientes fechas:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
19-07-18	06-09-19
18-01-20	04-10-20
12-02-21	29-07-21
04-08-21	14-09-21
22-09-21	19-08-22
25-08-22	18-10-22
08-05-24	20-05-24
21-05-24	18-06-24

La presente certificación se expide a los 23 días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

PROYECTAR SALUD S.A.S.
Talento Humano

Nidia Forigua

NIDIA FORIGUA CARRILLO
Coordinador de Talento humano.

NIT 900.504.265-3

PROYECTAR SALUD SAS

CERTIFICA QUE

La señora **DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.105.676.253 de Espinal, labora para nuestra compañía con un contrato obra o labor, desde el día **22 de Septiembre de 2022** a la fecha, desempeñando el cargo de CUIDADOR, devengando un salario mensual de un millón de pesos M/cte. **($1.000.000).**

La presente certificación se expide a los 23 días del mes de Agosto de 2022.

Cordialmente,

PROYECTAR SALUD S.A.S.
Talento Humano

SANDRA FRANCO PAMPLONA
Coordinadora de Talento Humano

Diana Carolina Vargas Castro
C.C. N ° 1.105.676.253 Espinal, Tolima

NIT 900.504.265-3

PROYECTAR SALUD SAS

CERTIFICA QUE

La señora **DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.105.676.253** de Melgar, laboro para nuestra compañía con un contrato a término Obra o Labor determinada, desempeñándose en el cargo de **CUIDADOR**, en las siguientes fechas:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
19-07-18	06-09-19
18-01-20	04-10-20

La presente certificación se expide a los 28 días del mes de Enero de 2021.

Cordialmente,

NIDIA FORIGUA CARRILLO
Coordinadora de Talento Humano

PROYECTAR SALUD S.A.S.
Talento Humano

EL GERENTE

CERTIFICA QUE:

El(a) señor(a) DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.105.676.253, estuvo vinculado(a) como Trabajador(a) Asociado(a) a la Cooperativa, firmando un Convenio de Asociación Cooperativo a término indefinido, desde el dos (02) de marzo de dos mil dieciocho (2018) al veinticuatro (24) de marzo de dos mil dieciocho (2018) y del nueve (09) de mayo de dos mil dieciocho (2018) al veinte (20) de junio de dos mil dieciocho (2018), como AUXILIAR DE ENFERMERIA.

La presente se expide en Ibagué, a los veinticuatro (24) días del mes de julio de dos mil dieciocho (2018), para HOJA DE VIDA.

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COVER THEM
NIT. 900.384.878-1

ORLANDO VALENCIA ARIAS

Para que esta información tenga validez, debe ser confirmada al teléfono 515 00 59, con Ruth Marroquín

Consecutivo: 0748

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO identificado(a) con CC 1105676253 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 29/04/2026

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **VIVA 1 A IPS S.A.-SEDE ESPINAL**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes 10 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

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:

DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.105.676.253**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1105676253		VARGAS CASTRO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA PATIO BONITO	ESPINAL-TOLIMA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	1000000650	9513326381	I	2026/11/13	2026/10/30	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$42,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: ESPINAL Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$42,700**		**$0**	**$0**
1	CC	1105676253 VARGAS DIANA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$42,700**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1105676253		VARGAS CASTRO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA PATIO BONITO	ESPINAL-TOLIMA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	1000000650	9513326381	I	2026/11/13	2026/10/30	BANCO DE BOGOTA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

Salud Ocupacional
Mahecha & Romero
Mahecha y Romero Limitada

Codigo prestador de servicios de salud 73268-0200501 SST
Licencia en salud ocupacional Res. No. 3104/2021 SST
Nit. 900.294.587-7

Nombre: VARGAS CASTRO DIANA CAROLINA
Identificación: CC - 1105676253
Fecha atención: 25/07/2025



CONCEPTO DE APTITUD LABORAL - CODIGO VERIFICACION X5Y6U-7I8O9-P0ASD-FGHJK-L

Empresa: | INDEPENDIENTE
Actividad económica: salud
Cargo: AUXILAIR DE ENFERMERIA
Tipo de valoración: Ingreso

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:
* APTO FISICAMENTE PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES O TAREAS DEL CARGO.

VALORACIONES O PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS
Examen médico ocupacional orientado al riesgo osteomuscular.

RECOMENDACIONES LABORALES
* Se recomienda realizar exámenes complementarios de acuerdo a los riesgos y requerimiento el cargo: optometría (visión).
* Usar equipos de protección personal de acuerdo a los riesgos o peligros de las tareas que desempeñe.
* Capacitación, inducción o re inducción para la ejecución segura de sus tareas y prevenir la aparición de desórdenes musculo esqueléticos de miembros superiores y espalda.
* Medidas ergonómicas adecuadas para su puesto de trabajo, higiene postural, pausas activas.
* Realizar vigilancia epidemiología de acuerdo a los riesgos y/o criterios de inclusión de SVE que tengan implementados en la empresa.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y/O TERAPEUTICAS
* Hábitos de vida saludable, actividad física frecuente.
* Mantener medidas de bioseguridad y autocuidado, lavado de manos frecuente, uso de mascarilla facial (opcional).
* Tomar medidas de prevención de las enfermedades trasmitidas por vectores (zancudos) endémicas en la región (dengue, virus del chikungunya, fiebre zika).

VIGILADO Supersalud

Charo Paola Mahecha Montilla
Medico Cirujano - R.M 73680 99
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O 3382-19
CC. 42102606

Medico: CHARO PAOLA MAHECHA MONTILLA R.M. No.73680/99

Diana Carolina Vargas C.
Firma del trabajador
C.C. No. 1105676253

ALCANCE: El presente concepto de aptitud laboral se emite con base en los hallazgos encontrados en la valoración médica ocupacional realizada el día de hoy; con la información aportada por la empresa contratante y el aspirante o trabajador.
La validez del certificado se pierde en el momento en que las condiciones de salud del aspirante cambien, en cuyo caso se requerirá una nueva valoración.
El examen físico no descarta patología visual ni auditiva; para esto se requieren exámenes complementarios.
Este concepto no incluye aptitud para trabajo en alturas, espacios confinados, conducción, operación de vehículos o maquinaria, porte de armas; ya que se requieren exámenes paraclínicos complementarios.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ESPINAL, **29/10/2026**
TOLIMA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1105676253**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550166200135811**
Fecha de apertura	**13/07/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTE PERSONA NATURAL

Código: HSR-DRE-PLI-P07-M08-F01	Versión: 02	Página:

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

(Diligenciar todos los campos, sin tachones ni enmendaduras)

Fecha de diligenciamiento:	Ciudad:		Se diligencia por:			
13-11-2026	Espinal		Vinculación	X	Actualización	

Proveedor de bienes y/o servicios	X	cliente Particular		Funcionario		Miembro de Junta directiva	

1. Datos Generales de Identificación

Primer nombre:	Segundo nombre:	Primer Apellido:	Segundo apellido:
Diana	Carolina	Vargas	Castro

Tipo de Documento de Identificación:								Numero:
Cedula Ciudadania	X	Cedula Extranjeria		Carné		Pasaporte		1105676253

Fecha de Expedición:	Ciudad y departamento :	Sexo		Nacionalidad
18-sep-2006		F X	M	Colombia

Dirección de Residencia:	Teléfono:
Vereda Palo Bonito	Celular: 3133849735

2. Datos de actividad económica:

Profesión:	Ocupación u Oficio:
Auxiliar de enfermeria	Auxiliar de enfermeria

Dependiente		Descripción de Actividad Independiente
Independiente	X	Auxiliar de enfermeria

Codigo CIIU de actividad principal	Empresa donde labora

Cargo	Ciudad y Departamento :	Pais:
Teléfonos/fax oficina	Correo Electrónico	Dirección de correspondencia

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL E.S.E.	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
	FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTE PERSONA NATURAL	
Código: HSR-DRE-PLI-P07-M08-F01	**Versión: 02**	**Página:**

	Si	No
¿Maneja recursos publicos?		X
¿Obstenta de algun grado de poder publico?		X
¿Goza de reconocimiento publico?		X
¿Es Servidor publico?		X
¿Realiza operaciones internacionales?		X

En caso de relizar operaciones internacionales, marque con una (X)

Importaciones		Inversiones		Envio o recepción de giros	
Exportaciones		Prestamos		Pagos de servicios	
Otra		Cuàl?			

¿Posee productos financieros en el exterior?		
¿Posee cuentas en moneda extranjera?		

Tipo de Producto	Entidad	País	Ciudad	Moneda

Ingresos mensuales		Egresos mensuales ($)	
Activos ($)		Pasivos ($)	
Patrimonio ($)		Otros ingresos ($)	

Concepto otros ingresos	

3. Declaración de Origen de Fondos

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E.	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
	FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTE PERSONA NATURAL	
Código: HSR-DRE-PLI-P07-M08-F01	**Versión: 02**	**Página:**

Declaro expresamente que:
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este vinculo no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

4. Autorización

De manera expresa autorizo el tratamiento de los datos contenido en el presente formulario para el desarrollo los procedimientos establecidos por el Hospital San Rafael de El Espinal Tolima con el fin de dar cumplimiento a las políticas y demás lineamientos del Sistema de Administarción de Riesgos de Lavado de Activos y Finaciación del Terrorismo - SARLAFT.

5. Firma y Huella

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es verídica y firmo el presente documento



Huella

Diana Carolina Vargas C.

Firma Contraparte
(en caso de persona juridica sera el representante legal)

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E	SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
	FORMULARIO UNICO DE VINCULACION DE CONTRAPARTE PERSONA NATURAL	
Código: HSR-DRE-PLI-P07-M08-F01	**Versión: 02**	**Página:**

6. Verificación Datos

6.1 Entrevista

Lugar _____ Fecha _____ Hora _____

Nombre del Entrevistado _____

Nombre del Colaborador _____

Durante la entrevista encontro algo inusual o sospechoso? SI ☐ NO ☐

Observaciones:

6.2 Validación de Soportes

Relación y validación de documentos mínimos requeridos que soportan la información contenida en el presente formulario:

Documento	Presento Soporte			Observación
	SI	NO	NA	
Persona Natural				
Fotocopia del documento de identificación				
Constancia de Ingresos (Certificación laboral, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda)				
Declaración de renta del último período gravable disponible (Si declara)				

Fecha _____ Hora _____

Los documentos allegados por la contraparte soportan la información y como constancia de ello, el verificador

Nombre y cargo de quien verifica _____

Firma

Observaciones:

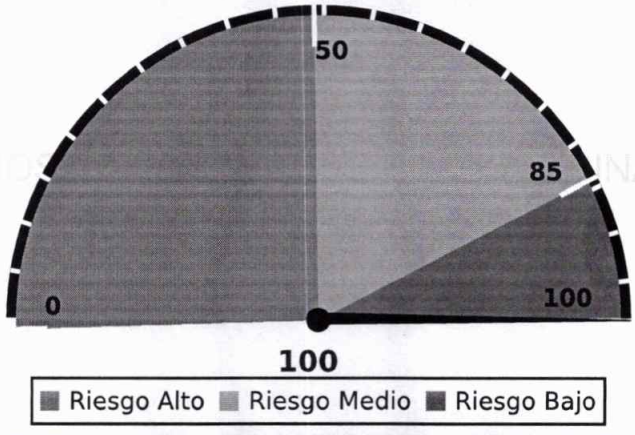
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL
CALLE 4 # 6-29 ESPINAL
NIT: 890701033 Teléfono:2482818

País elegido para la consulta: Colombia

INFORME DE VALIDACIÓN RESUMIDO

DIANA CAROLINA VARGAS CASTRO Dato Consultado: CC - 1105676253

SCORE DE RIESGO



RESULTADO ALERTAS LAFT

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Antecedentes Penales Policía Nacional (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Sanciones Banco Interamericano de Desarrollo - BID (LISTA RESTRICTIVA)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Consolidated Screening List (LISTA RESTRICTIVA) (Compliance Básic)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Dea (Compliance Pro)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
European Union External Action Sanction List (LISTA VINCULANTE) (Compliance	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Autoridad Reguladora de la Industria Financiera (FINRA) (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Interpol (Compliance Pro)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Liste Unique France - Sanctions List (LISTA RESTRICTIVA) (Compliance Básic)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Lista Clinton - Office of Foreign Assets Control (OFAC) - (LISTA RESTRICTIVA)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
ONU - Resoluciones Consolidadas Naciones Unidas - (LISTA VINCULANTE)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Proveedores Ficticios - DIAN (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No

Reporte Generado el 13/11/2026 03:03:55 p.m. Direccion IP: 190.254.18.102
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
Área Usuario: GENERAL
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

Nota legal (SAGRILAFT - SAGRILAFT / PTEE): El presente informe constituye una herramienta tecnológica de apoyo a la correcta diligencia y a la gestión de riesgos LAFT/PTEE, estando a cargo de información proveniente de fuentes de acceso público bajo la finalidad legal de prevención de LAVDO en activos y financiación del terrorismo. CUMPLIMIENTO señala como primera recomendación y no excepta para cumplimiento de sus reglas. El uso del informe y las decisiones derivadas de este corresponden exclusivamente a HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL, que deberá aplicar a través de sus políticas internas de cumplimiento. Se recuerda que la veracidad de la información depende de las fuentes públicas de información.

ID CONSULTA:5072423634

País elegido para la consulta: Colombia

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Procesos Judiciales Penales (Compliance Pro)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Condenas Nacionales (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Antecedentes de Responsabilidad Fiscal - Contraloría (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Registro de Antecedentes Penales y Disciplinarios - Procuraduría General de la	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
OSFI - HM Treasury - GOV.UK - Office of Financial Sanctions Implementation HM	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No

RESULTADO ALERTAS NO LAFT

Fuente de Consulta	Consultado Por	Riesgo
Afiliaciones al Sistema de Salud (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Fosyga Períodos Compensados (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Lista Privada (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Histórico de Noticias - Infomación Reputacional (Compliance Básic)	Cédula de Ciudadanía (CC) y Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Otras Listas (Compliance Pro)	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Panamá Papers (Compliance Pro)	Nombre, Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Administrativos (Compliance Pro)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Civiles y Familiares (Compliance Pro)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos jurídicos de altas cortes y consejo de estado (Compliance Pro)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Procesos Jurídicos Laborales (Compliance Pro)	Denominación o Razón Social (NOM)	No
Consulta Nacional de Comparendos e Infracciones de Tránsito	Cédula de Ciudadanía (CC)	No
Estado RUT - DIAN (Compliance Pro)		Deshabilitada
Noticias Treasury - Registros Vinculantes - T OF (Compliance Pro)		Deshabilitada

Reporte Generado el 13/11/2026 03:03:55 p.m. Direccion IP: 190.254.18.102
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
Área Usuario: GENERAL
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

Nota legal ISARLAFT / SAGRILAFT / PTEE: El presente informe constituye una herramienta tecnológica de apoyo a la debida diligencia y a la gestión de riesgos LAFT/PTEE, elaborada a partir de información proveniente de fuentes de acceso público. Sobre la finalidad legal de Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT/FPADM), sobre cómo, para qué, cuándo y en qué contexto deben diligenciarse los formularios de vinculación, actualización y HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ya conoce, entiende y da cumplimiento a todos y cada uno de los requisitos establecidos en la circular 100-000016 de 2020 y demás normas que regulan su sistema de autocontrol y gestión del riesgo LA/FT/FPADM. Recuerde que la veracidad de la información depende de la Fuente pública de información.

ID CONSULTA:5072423634

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL
CALLE 4 # 6-29 ESPINAL
NIT: 890701033 Teléfono:2482818

País elegido para la consulta: Colombia

Nota Legal

Aviso de Descargo de Responsabilidad del Validador LAFT
La información suministrada por el Validador LAFT se consulta de fuentes públicas y se refleja de manera fidedigna de acuerdo con dichas fuentes.

Uso Exclusivo y Finalidad: La información proporcionada por el Validador LAFT está destinada únicamente a profesionales de cumplimiento, gestión de riesgo y/o prevención de actividades ilícitas. Su propósito es exclusivo para la debida diligencia en el conocimiento de clientes y contrapartes, de acuerdo con las normas que regulan el SARLAFT, SAGRILAFT, SIPLA, SIPLAFT y demás normativas relacionadas con la prevención del lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción y otras actividades ilícitas.

Limitaciones y Fuentes de Información: Los países no cuentan con un registro, base de datos o información pública que refleje la totalidad de las personas vinculadas con delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo y/o delitos conexos. Esto implica que la verificación se basa en fuentes públicas, tanto nacionalescomo internacionales. Además, la existencia de registros NO necesariamente indica que la persona natural o jurídica haya sido declarada responsable en juicio, se presume la inocencia mientras no se demuestre lo contrario.

Confidencialidad, Reserva y Derechos de los Titulares de datos: De acuerdo con las garantías procesales y constitucionales, es importante considerar que la información relacionada con lavado de activos y financiación del terrorismo puede estar sujeta a reserva. Se recomienda a los usuarios verificar la información en las fuentes directas.

Responsabilidad y Recomendaciones: El Validador LAFT no se responsabiliza por la información reflejada y recomienda la revisión directa ante las fuentes primarias de información incluidas en los resultados y reportes. Bajo ninguna circunstancia, el Validador LAFT aconseja o emite valoraciones sobre la conveniencia de iniciar o mantener negocios, relaciones, vinculaciones, contratos u otros acuerdos; dichas decisiones recaen de manera exclusiva en el cliente. Al utilizar la información suministrada. usted acepta conocer los derechos constitucionales de los titulares del hábeas data, privacidad, honra y buen nombre, y garantiza haber obtenido las autorizaciones y tomado las medidas legales necesarias para respetar dichos derechos.

Reporte Generado el 13/11/2026 03:03:55 p.m. Direccion IP: 190.254.18.102
Usuario: RENE CARVAJAL ROJAS
Área Usuario: GENERAL
HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL890701033

Informe valido únicamente para la fecha de expedición.
Recuerde que la información puede cambiar a diario

Nota legal SARLAFT - SAGRILAFT - PTEE: El presente informe constituye una herramienta tecnológica de apoyo a la debida diligencia y a la gestión de riesgos LAFT/PTEE, elaborada a partir de información proveniente de fuentes de acceso público. Tiene la finalidad [illegible] HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL y el usuario, quienes a través de este medio realizan el tratamiento de datos y asumen el compromiso de cumplir con las políticas internas que exige el sistema de cumplimiento. Teniendo en cuenta la veracidad de la misma de fuentes de la Fuente pública de información.

ID CONSULTA:5072423634