

0. Bogotá D.C,

Día 26 Mes 5 Año 23

Señora Mayor General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Hospital Militar Central
Ciudad.


ASUNTO: OFERTA DE SERVICIOS Y DECLARACIÓN JURAMENTADA

Con toda atención y respeto, me permito ofrecer mis servicios como Marisol Aguilar Rodríguez, para suscribir Contrato de Prestación de Servicios con el HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

Por otra parte, manifiesto bajo gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades que estipula el artículo 8 de la ley 80 de 1993, para realizar Contratos con Entidades Estatales.

Así mismo, autorizo al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, para que consulte la información necesaria en las bases de datos de información de diferentes entidades para el trámite de ingreso por Contrato de Prestación de Servicios.

Atentamente,

FIRMA: 
NOMBRE: Marisol Aguilar Rodríguez
cc. 53121858 de Bogotá



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.121.858**

APELLIDOS **AGUILAR RODRIGUEZ**

APELLIDOS

MARISOL

NOMBRES



[Handwritten signature]
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-1985**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

21-FEB-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1500150-01030218-F-0053121858-20180808

0062213770A 1

9905220948

[Handwritten initials]
310513





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Aguilar</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Rodriguez</u>	NOMBRES <u>Marisol</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>53121858</u>	SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <u>07</u> MES <u>02</u> AÑO <u>1985</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogota</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Calle 18001 #69-15</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogota</u> TELÉFONO <u>3202338466</u> EMAIL <u>maipiolina@gmail.com</u>

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 <u>Bachiller</u>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10o	11o	MES <u>12</u>	AÑO <u>2008</u>
				X								

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TECNICA), 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 ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>TC</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Técnico Auxiliar Enfermería</u>	<u>11</u>	<u>2011</u>	<u>14</u>

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
<u>Español</u>			X			X			X
<u>Inglés</u>		X			X			X	

Maipol
31/05/23



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VICENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Audiarma	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3137800	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 10 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL A un Año	DEPENDENCIA Aux. Enfermería	DIRECCIÓN Av Guayacanes #79a-10	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Universitario Clínica San Rafael	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2568799	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 02 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 09 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO OBra, labor	DEPENDENCIA Salud Bucal	DIRECCIÓN Cra 47 #91-80	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Militar Central	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3486868	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 03 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Prestación de servicios	DEPENDENCIA Aux. Enfermería	DIRECCIÓN Tran 3ª #49-00	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Clínica Santo Tomás	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3451911	FECHA DE INGRESO DÍA 28 MES 01 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 02 MES 06 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO Aprendizaje	DEPENDENCIA Aux. Enfermería	DIRECCIÓN Tras 3 #51ª-46	

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190.95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 25 Mayo 2023


 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



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
Marisol		Aguilar	Rodriguez.

Documento de identificación
 C.C. C.E. T.I. NIT. Número 5321858

Lugar de Nacimiento
 País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá

Lugar de domicilio
 País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá

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

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 ACRENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	10.000.000
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	10.000.000



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

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Mauricio Villamil	conyugal	6911534

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	
Mamá	Maria	Ninfa	Aguilar	Rodríguez.	20341645
Hija	Keily	Valentina	Villamil	Aguilar	1021316595

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:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

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

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



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

Documento: CC. 53121858

Última actualización: 29/05/2023 10:41:09

1. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a HOMIL o a quien represente sus derechos para que con fines de: auditoría, control, cumplimiento, estadística, supervisión y de información comercial a otras entidades; para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, actualice y divulgue cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación legal o contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo vinculación jurídica de cualquier naturaleza, todo conforme a lo establecido en las normas legales vigentes dentro del marco del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo SARLAFT/FPADM del HOMIL.

Autorizo al HOMIL para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos en entidades de sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

2. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar a los datos aquí solicitados, autorizo al Hospital Militar Central, HOMIL, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación con la entidad.

Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal, así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio www.hospitalmilitar.gov.co

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a: I) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, II) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, III) ser informado por HOMIL, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a los datos personales, IV) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones de la ley, V) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y VI) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

a) Obrando en nombre propio y/o a nombre de la entidad que represento legalmente, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.029 de 2014 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010, Ley 190 de 1995, Ley 1474 De 2011 "Estatuto Anticorrupción", Circular Externa 009/2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas legales concordantes. b) Los bienes y recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc):

Bienes y recursos

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

c) Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

d) Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la misma.

e) Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación laboral, contractual o legal con HOMIL.

f) Me obligo con el HOMIL a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, siendo mi compromiso el de reportar directamente los cambios de la información aquí contenida en el aplicativo Formulario SARLAFT del HOMIL, al menos una vez al año de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad.

4. FIRMA

Fecha de firma 2023-05-29

Número de documento de Identificación 53121858

Huella índice



Nombre MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ

Firma

Fecha de impresión: 29-05-2023 10:42



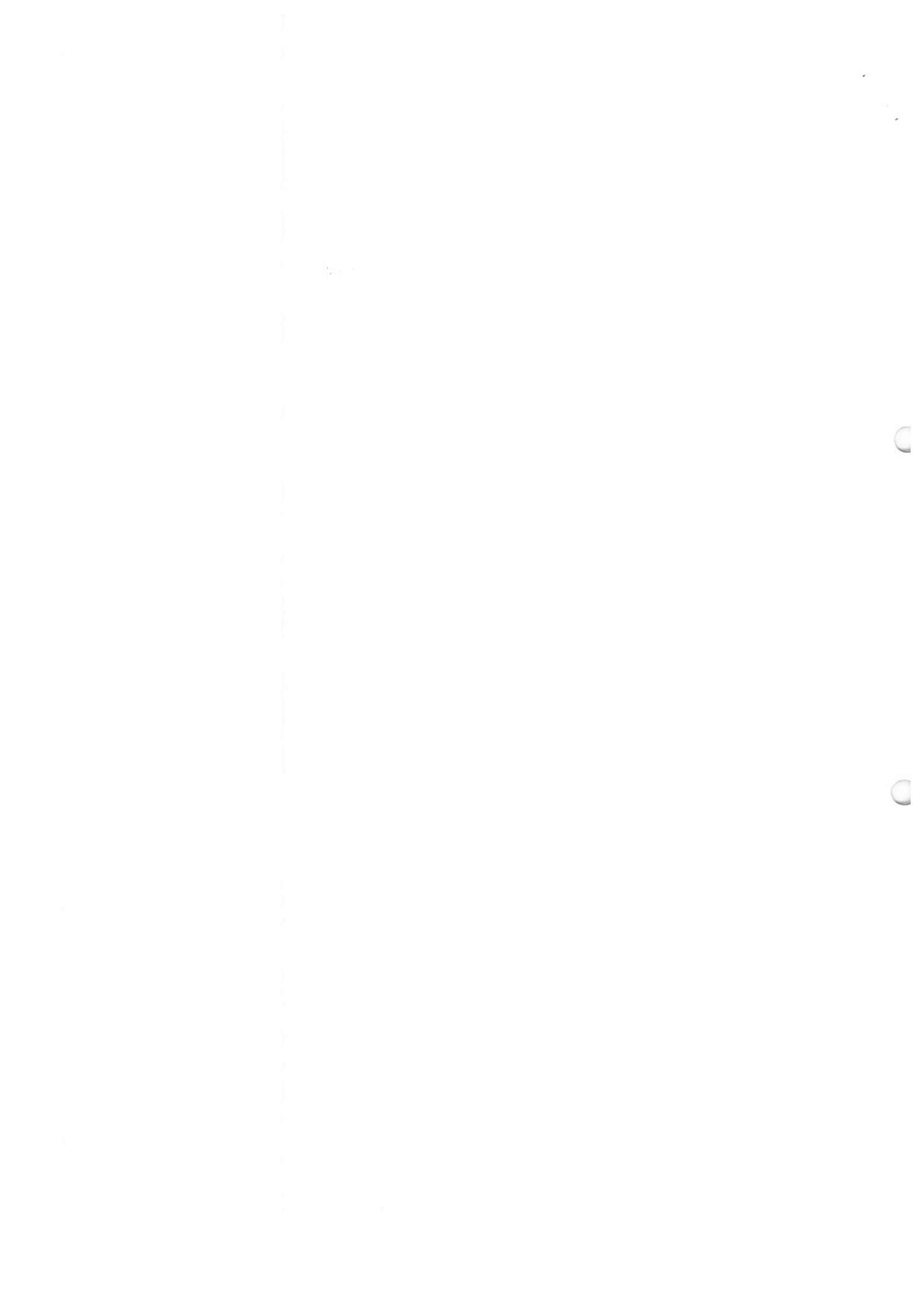
HOJA DE VIDA



Datos Personales

NOMBRE	MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.121.858 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	07 de febrero de 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	Bogotá Cundinamarca
ESTADO CIVIL	Soltera
CIUDAD	Bogotá
DIRECCIÓN	Calle 18 sur # 69-15
TELÉFONO	3202388466 ✓
E-MAIL	marpiolina@gmail.com ✓

OK
24-05-23



Estudios

Estudios Primarios:

GIMNASIO GRANADINO
Bogota

Estudios Secundarios:

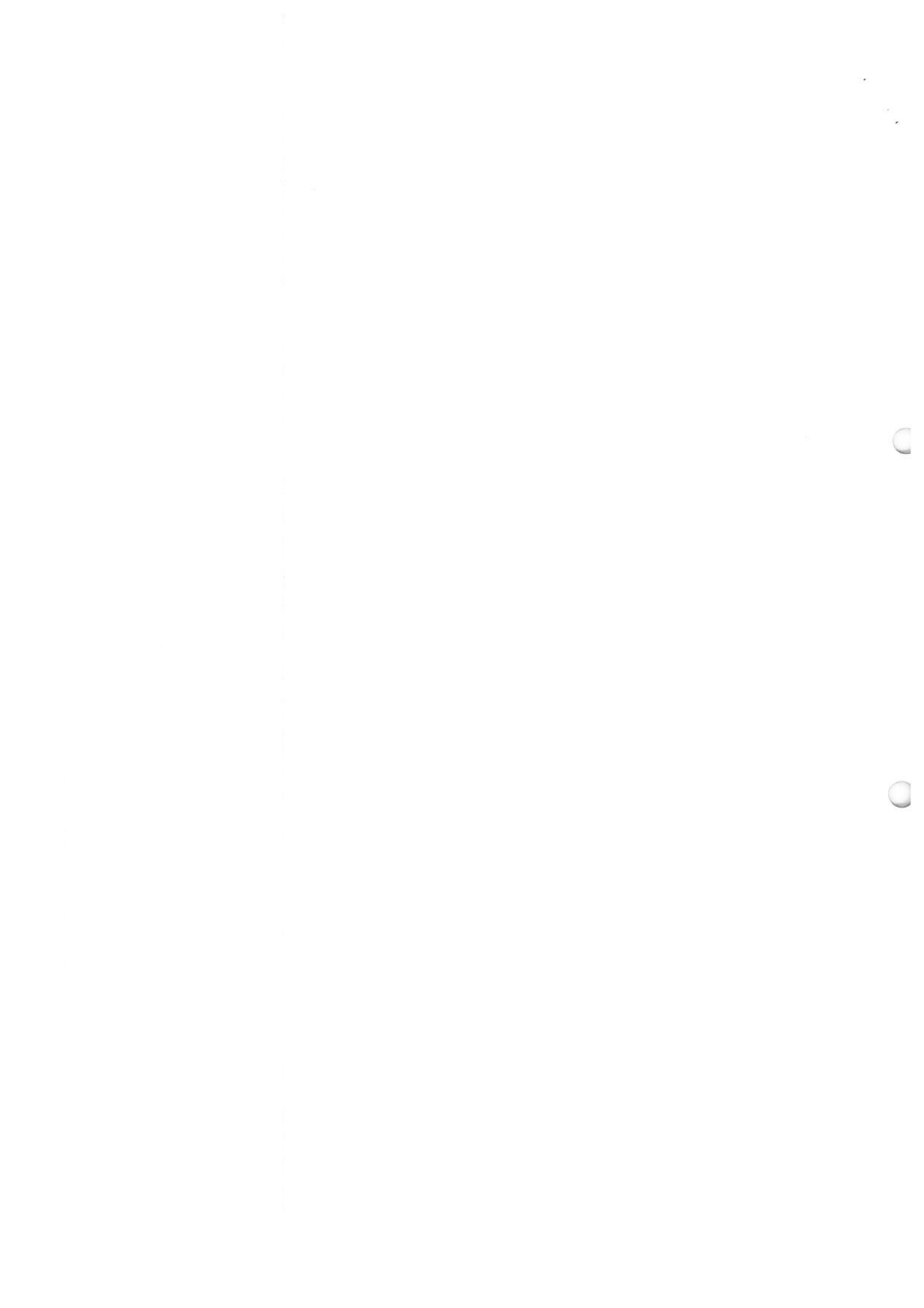
GIMNASIO GRANADINO
Bogota

Estudio Tecnico:

Fundacion Escuela Capacitacion
Colombia(FUNCA)

Idiomas:

Español



EXPERIENCIA LABORAL

HOSPITAL MILITAR CENTRAL:

Servicio de urgencias, hospitalización

Marzo 2015 - Octubre 2015

HOSPITAL SAN JOSE CENTRO:

SERVICIO DE GINECOLOGIA, TRIAGE, CONTROL, PARTOS , SALAS DE CIRUGÍA, ADAPTACIÓN NEONATAL, RECUPERACIÓN.

Febrero 2016 – Diciembre 2019

AUDIFARMA:

POP (Hormona de Crecimiento Genotropin)

Entrenamiento de aplicación de la hormona

Agosto 2020 - Diciembre 2021

REFERENCIAS PERSONALES

Maria Ninfa Aguilar Rodríguez

Pensionada Hospital Militar

Cel: 3112063016

Diana Katerine lozano Parra



Auxiliar enfermeria

Cel: 3232280482



MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ

C.C.: 53.121.858 de Bogota Cundinamarca

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: EXAMEN DE PRACTICA FORMATIVA	CÓDIGO: GC-ESAE-PR-06-FT-26
 	UNIDAD: FORMACION Y DOCENCIA (ÁREA ESCUELA AUXILIARES DE ENFERMERIA)	FECHA DE EMISIÓN: 20-04-2021
	PROCESO: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	VERSIÓN: 02
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 1

EVALUACIÓN PARA AUXILIAR DE ENFERMERIA			
NOMBRE	MAYISOL AGUILAR RODRIGUEZ		
FECHA	04-05-23	CALIFICACION	3.0

Señor aspirante: No se admiten respuestas a lápiz, uso de corrector o esfero borrable, doble repuestas, tachones. Si incurre en alguna de estas faltas, su respuesta será anulada.

SELECCIÓN MÚLTIPLE
 Marque con una "X" equis la respuesta que usted considera correcta:

Valor total: 5,0 – Cada ítem: 0,5 – total de preguntas: 10

- La caja de cartón de los guantes de manejo se debe desechar en:
 - Caneca negra no aprovechable
 - Caneca blanca aprovechable
 - Caneca roja Biosanitario
- El daño o lesión no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Esta definición corresponde a:
 - Falla activa
 - Riesgo de caída
 - Evento Adverso
- Al realizar la limpieza de la unidad del paciente, usted tiene en cuenta el siguiente principio:
 - De lo más sucio a lo más limpio
 - De lo más limpio a lo más contaminado
 - De abajo hacia arriba
- Los signos de dificultad respiratoria son:
 - Disnea, disuria y poliuria nocturna
 - Disnea, cianosis periférica y tiraje intercostal
 - Disnea, cianosis central e hipertensión
- Para tomar una muestra de sangre para un cuadro hemático debe alistar:
 - Tubo tapa azul con anticoagulante
 - Tubo tapa lila con anticoagulante
 - Tubo tapa amarillo sin anticoagulante.
- Se recibe orden médica de iniciar líquidos endovenosos a 60 cc/h. Usted como auxiliar de enfermería calcula el goteo de la solución, con un equipo de Macrogoteo con factor goteo de 20. La solución quedaría pasando a:
 - 20 gotas por minuto
 - 17 gotas por minuto
 - 23 gotas por minuto
- La manifestación escrita de aprobación de un procedimiento medico invasivo y sus posibles complicaciones se denomina:
 - Disentimiento informado
 - Consentimiento informado
 - Lista de chequeo informado
- Para la administración de medicamentos usted debe tener la precaución de:
 - Aplicar los diez correctos
 - Reconstituir con dextrosa los medicamentos
 - Desinfectar con solución salina salina
- Cuando usted recibe un paciente con vendaje en una de sus extremidades,, debe valorar:

6
10
Rosale
11-05-23

EVALUACIÓN PARA AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- a. Sensibilidad, movilidad, perfusión y temperatura distal
- b. Sensibilidad, Movilidad, Temperatura y edema distal
- c. Sensibilidad, Movilidad, perfusión y dolor distal



10. Un cuidado de enfermería para un paciente con nutrición parenteral total es:

- a. Emplear guantes estériles para la manipulación
- b. Calentar la nutrición previamente
- c. No utilizar bomba de infusión



Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de
Identificación:

Cédula de ci

Número
Identificación:

53121858

¿Escriba la cantidad de letras del primer nombre de la persona a la cual
esta expidiendo el certificado?

9

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 53121858.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, mayo 29, 2023 - Hora de consulta: 14:19:59

OTRAS ENTIDADES



Procuraduría General de la Nación



Sede principal

Dirección: Carrera 5 # 15-80, Bogotá D.C., Colombia

Código Postal: 11032

Horario de atención: Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m., jornada continua

Teléfono conmutador: +57 601 587 8750

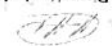
Línea gratuita: +57 01 8000 940 808

Línea anticorrupción: +57 01 8000 940 808

Contáctenos: [Sede Electrónica](#)

Correo de notificaciones judiciales: procesosjudiciales@procuraduria.gov.co

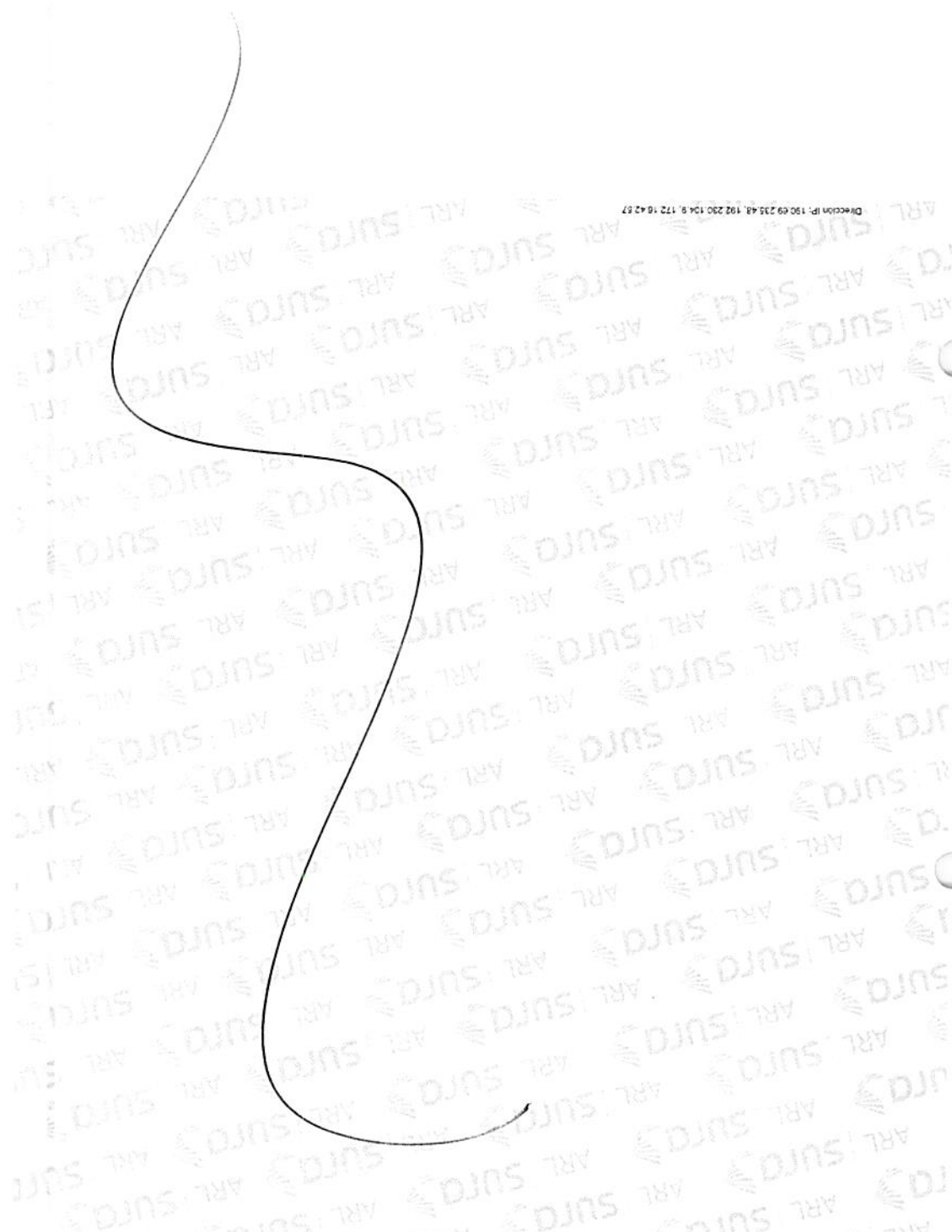
Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/05/2023 2:49 PM

Dirección IP: 190.69.235.43, 192.280.104.8, 172.16.42.87





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:38:44 PM horas del 29/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52121858**

Apellidos y Nombres: **GUEPENDO SILVA MERCEDES**

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.



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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

Rosa R
29-5-23

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 13:00:14 horas del 29/05/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **53121858**, Apellidos y Nombres **AGUILAR RODRIGUEZ MARISOL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOMIL**, con NIT **830040256-0** 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>

Rosa L
29-5-23



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, 29/05/2023 02:00:46 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **53121858** y Nombre: **MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ.**

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. **61878860** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

🔍 Nueva Búsqueda 🖨️ Imprimir

515 9000



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



ES UN
HONOR
SER POLICIA

*RECIBI R
29-5-23*



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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 29 de mayo de 2023, a las 12:39:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	53121858
Código de Verificación	53121858230529123956

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.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7.00 a.m. a 9.00 p.m. y sábados de 8.00a.m. a 1.00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)



4581

Verificar Registro en ReTHUS

Resultado General -2023-05-29 -12:39:00 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	53121858	MARISOL		AGUILAR	RODRIGUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ identificado(a) con CC 53121858 registra La siguiente información:

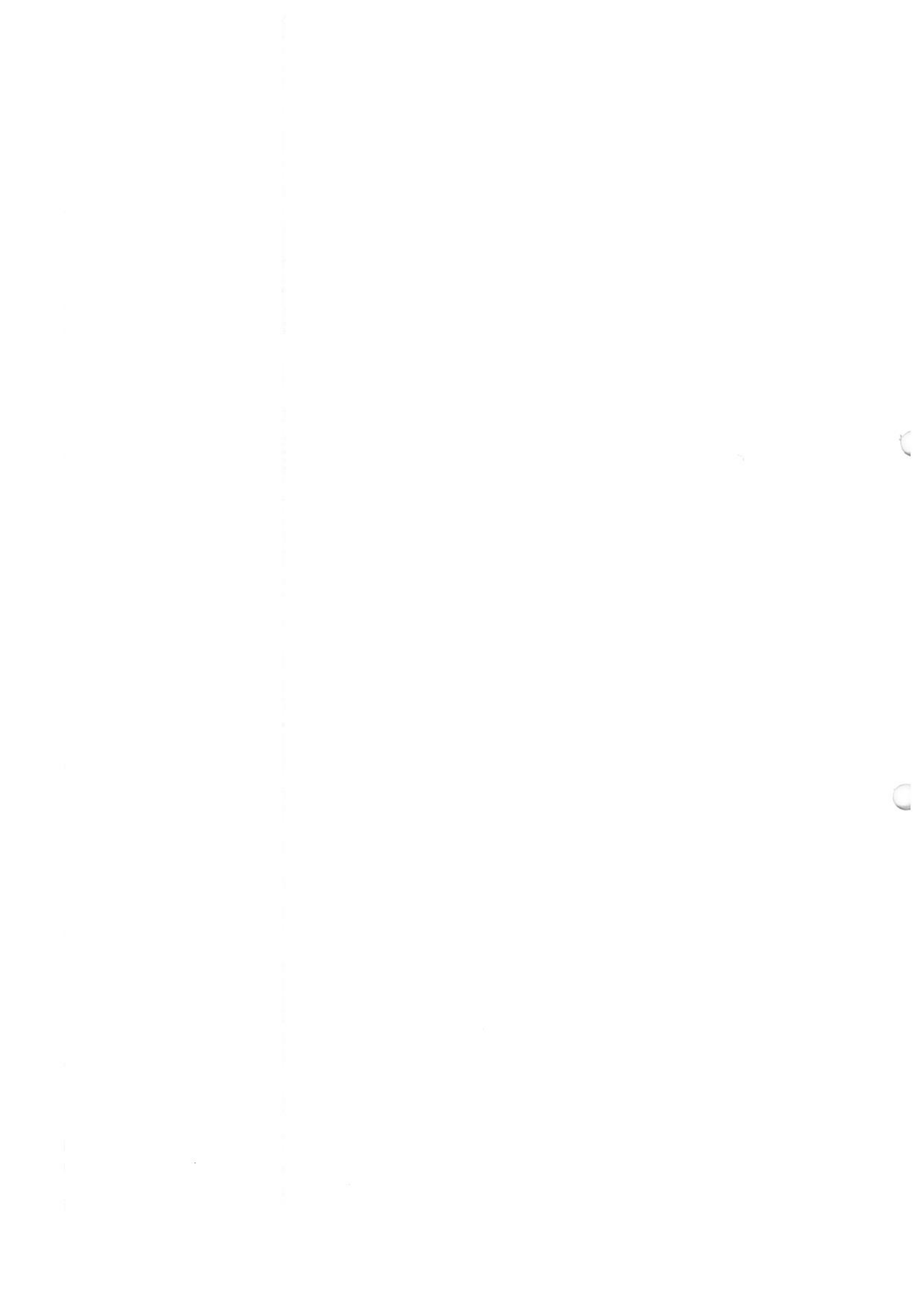
2023-05-29 -12:39:00 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio primer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-01-15	306	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Rosa K
25-5-23



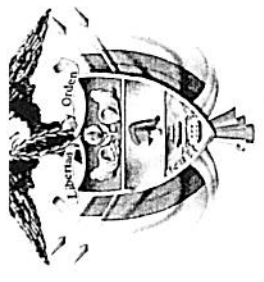


FUNCA
 FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA
 Educación Para El Trabajo y El Desarrollo Humano.
 Decreto 4964 De 16 De Diciembre De 2009

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
 Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA

Con Aprobación Oficial según Resolución 4676 del 27 de octubre de 2006, Resolución 030007 del 19 de Mayo de 2010, concedida por la Secretaría de Educación del Distrito Capital



Confiere el

**Certificado De Aptitud Ocupacional Por Competencias
 Técnico Laboral Auxiliar En Enfermería**

A

Marisol Aguilar Rodriguez

C.C. No. 53.121.858 de Bogotá D.C

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos y prácticos con una intensidad total de 1800 Horas

Dado en Bogotá D.C, a los Quince (15) días del mes de Noviembre de 2014

Feresca
 DIRECTOR GENERAL
 FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA

SECRETARÍA GENERAL
 FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA

Mary
 SECRETARIO

Registrado en el Acta No. 1, Folio No. 2, Libro No. 3



FUNDACIÓN ESCUELA DE CAPACITACIÓN COLOMBIA



Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Bogotá D.C a los Quince (15) días del mes de Noviembre del año 2014 se formalizó la entrega de Certificado De Aptitud Ocupacional Por Competencias **Técnico Laboral Auxiliar En Enfermería** de la Fundación Escuela de Capacitación Colombia - FUNCA, con aprobación oficial según Resolución 4676 del 27 de octubre de 2006, Resolución 030007 del 19 de Mayo de 2010, concedida por la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Es fiel copia del acta original general No.1, Folio No.2, Libro No.3.
Certificado No. 7821 del 15 de Noviembre de 2014

Comprobada la situación académica y de práctica se procede a expedir el:

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR
COMPETENCIAS TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN
ENFERMERÍA
A:

Marisol Aguilar Rodriguez

C.C. No. 53.121.858 de Bogotá D.C

Dada en Bogotá D.C, a los Quince (15) días del mes de Noviembre del año 2014

Heresa Hesa
DIRÉCTOR



Mary Elsa
SECRETARIO



VERIFICACION TITULO AUXILIAR

seco <seco@homil.gov.co>

Lun 29/05/2023 5:02 PM

Para: contacto@funca.edu.co <contacto@funca.edu.co>

CC: seco <seco@homil.gov.co>

Señores:

LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA
FUNCA**Cordial saludo,**

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, siguiendo instrucciones de la Señora Mayor General Médico directora del **Hospital Militar Central**, con toda atención me dirijo a usted con el fin de solicitar la verificación del título presentado por la persona relacionada a continuación:

□

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADUACIÓN DD/MM/AA
AGUILAR RODRIGUEZ MARISOL	53121858	AUXILIAR DE ENFERMERIA	15/11/2014

Por otra parte, es importante enunciar que no se envía carta de autorización suscrita por el Egresado, puesto que teniendo en cuenta el artículo 10 literal a de la Ley 1581 de 2012, no se requiere autorización del titular cuando se trate de Entidades Públicas en ejercicio de sus funciones legales y en el caso en concreto el Hospital Militar Central es una Entidad Pública la cual en ejercicio de su función legal y a fin de prestar sus servicios solicita la verificación de títulos del personal que ejerce actividades en la Entidad.

Atentamente

Rosa Rodriguez Cabanzo**Auxiliar de Servicios**

Hospital Militar Central - HOMIL

*rosarodriguez@homil.gov.co***Área de Selección y contratación de Personal****+57 (1) 3 486868 Ext. 3094****Transversal 3C No. 49 - 02, Bogotá D.C.***www.hospitalmilitar.gov.co*

Hospital Militar Central Colombia @HOMILCOL





La República de Colombia
y en su nombre el

Gimnasio Granadino

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 1124 del 17 de Abril de 1969

Confiere a:

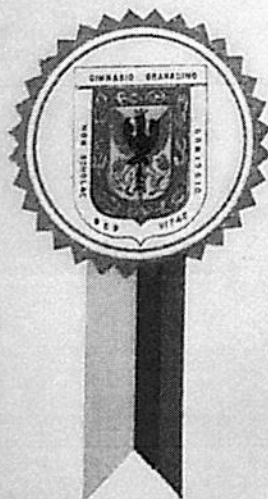
Marisol Aguilar Rodríguez

C.C. 53.121.858 de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

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



Luis Ramón Apala Barrera
RECTOR
Luis Ramón Apala Barrera
Rector
C.C. 13.346.023 de Pamplona

Angela Socorro Rodríguez
SECRETARIA
Angela Socorro Rodríguez
Secretaria
C.C. 27.783.888 de Pamplona

Dado en Bogotá D.C. a 05 de Diciembre de 2003

No requiere registro, "según Decretos No 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995"

fisc





GIMNASIO GRANADINO

"No para la clase sino para la vida aprendemos" SENECA
53 AÑOS AL SERVICIO DE LA EDUCACIÓN

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Inscripción S.E. 357
DANE 311001003238
ICFES 025429

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los cinco (05) días del mes de Diciembre del año 2003, previa la invocación al SAGRADO CORAZON DE JESUS, Patrón Providente del GIMNASIO GRANADINO, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del GIMNASIO GRANADINO, Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Título de Bachiller en la MEDIA ACADÉMICA, según Resolución 1124 del 17 de abril de 1969.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Média, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

MARISOL AGUILAR RODRÍGUEZ

C. C. # 53.121.858 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 0049 de diciembre 05 del año 2003 que consta de veintiún (21) estudiantes que comienzan con el nombre de AGUILAR RODRÍGUEZ MARISOL y se cierra con el nombre de ZAMORA CONTRERAS ANDRÉS FELIPE

Firmada y sellada por LUIS RAMON AYALA BARRERA, Rector y ANGELA SOCORRO RODRIGUEZ DE AYALA, Secretaria.


Dada en Bogotá, D.C., a los 05 días del mes diciembre de 2003.


En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981 del MEN.

El Diploma y el Acta de Grado no requieren Registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

(Firmado y Sellado)


LUIS RAMON AYALA BARRERA
RECTOR
C.C. 13.346.023 de Pamplona (N de S)


ANGELA SOCORRO RODRIGUEZ DE AYALA
SECRETARIA
C.C. 27.783.888 de Pamplona (N de S)





RV: VERIFICACION TITULO BACHILLER

seco <seco@homil.gov.co>

Lun 29/05/2023 4:59 PM

Para: contactenos@educacionbogota.edu.co <contactenos@educacionbogota.edu.co>

CC: seco <seco@homil.gov.co>

📎 1 archivos adjuntos (591 KB)

AGUILAR RODRIGUEZ BACHILLER.pdf;

Señores:

GIMNASIO GRANADINO**Cordial saludo,**

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, siguiendo instrucciones de la Señora Mayor General Médico directora del **Hospital Militar Central**, con toda atención me dirijo a usted con el fin de solicitar la verificación del título presentado por la persona relacionada a continuación:

□

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADUACIÓN DD/MM/AA
AGUILAR RODRIGUEZ MARISOL	53121858	BACHILLER ACADEMICO	05 DIC 2003

Por otra parte, es importante enunciar que no se envía carta de autorización suscrita por el Egresado, puesto que teniendo en cuenta el artículo 10 literal a de la Ley 1581 de 2012, no se requiere autorización del titular cuando se trate de Entidades Públicas en ejercicio de sus funciones legales y en el caso en concreto el Hospital Militar Central es una Entidad Pública la cual en ejercicio de su función legal y a fin de prestar sus servicios solicita la verificación de títulos del personal que ejerce actividades en la Entidad.

Atentamente

Rosa Rodriguez Cabanzo**Auxiliar de Servicios**

Hospital Militar Central - HOMIL

*rosarodriguez@homil.gov.co***Área de Selección y contratación de Personal****+57 (1) 3 486868 Ext. 3094****Transversal 3C No. 49 - 02, Bogotá D.C.***www.hospitalmilitar.gov.co*

Hospital Militar Central Colombia @HOMILCOL

Al contestar cite Radicado H-00003-202312966-HMC Id. 259473

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Folios: 1 Fecha: 2023-05-26 14:23:33

Anexos: 1 DIGITAL

Remitente: UNIDAD DE APOYO LOGISTICO - UAPL

Destinatario: UNIDAD DE TALENTO HUMANO - UNTH Y Otros





PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

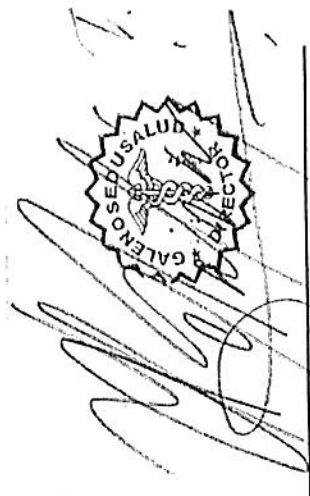
HACE CONSTAR QUE :

MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ
C.C. 53.121.858 de Bogotá D.C.

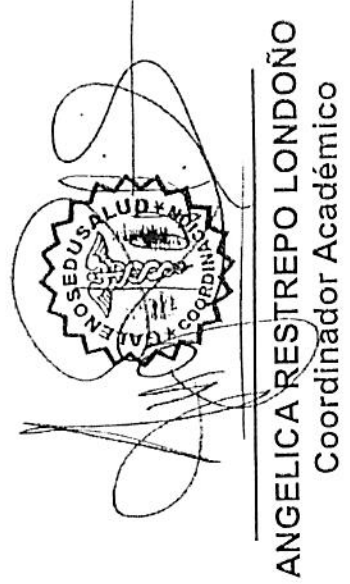
Asistió al curso de capacitación y Actualización en:
SOPORTE VITAL BÁSICO
BLS - AHA 2021

Con una intensidad de 50 horas

Bogotá D.C. Marzo 29 de 2023



JESUS GALVAN DORIA
Director General



ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico



PROGRAMA DE CURSOS INFORMALES

HACE CONSTAR QUE :

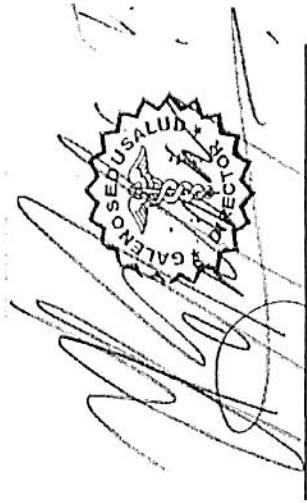
MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ

C.C. 53.121.858 de Bogotá D.C.

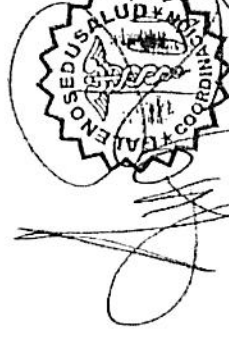
Asistió al curso de capacitación y Actualización en:
**ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO**

Con una intensidad de 40 horas

Bogotá D.C. Marzo 29 de 2023



JESUS GALVAN DORIA
Director General



ANGELICA RESTREPO LONDOÑO
Coordinador Académico



HOSPITAL
MILITAR
CENTRAL

"Salud - Calidad - Humanización"

MINDEFENSA

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

**LA SUSCRITA PROFESIONAL DE DEFENSA DE LA
UNIDAD DE TALENTO HUMANO**

HACE CONSTAR:

Que la señora **MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía N°53.121.858 de Bogotá, presta sus servicios como Auxiliar de Enfermería en este Hospital, bajo la modalidad de **Contrato de Prestación de Servicios**, del 18 de marzo al 31 de octubre de 2015.

Que la señora **AGUILAR RODRIGUEZ**, recibe por este concepto la suma mensual **UN MILLON CIENTO VEINTITRÉS MIL QUINIENTOS PESOS (\$1.123.500) M/Cte.**

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, a los veintiún (21) días del mes de octubre de dos mil quince (2015).

Doctora **SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO**
Profesional de Defensa
Área de Selección y Contratación

"Salud - Calidad - Humanización"

Vertracht
Poulsen
29-3-2



CERTIFICACIÓN

Certificamos que el (a) señor (a), **AGUILAR RODRIGUEZ MARISOL**, identificado (a) con cédula de ciudadanía N°53.121.858 laboró con **PORTAFOLIO INTEGRAL DEL MILENIO S.A.S** con número de NIT 900799464-8 como trabajadora para la empresa en misión **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL**, con un contrato por Obra y Labor, desde el día 15 de Febrero del año 2017 hasta el día 18 de Abril del año 2017, desempeñó el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, devengando las compensaciones propias de su puesto de trabajo.

Se expide a solicitud del (a) interesado (a) a los Veintiún (21) días del mes de Junio del año 2017.

SANDRA MILENA GUISADO
Gerente Recursos Humanos



70 Años

CLÍNICA SANTO TOMÁS S.A.
Psiquiatría
Nit: 860001475-1

CERTIFICACION CONTRATO DE APRENDIZAJE

Certifico que la señora **MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ** Identificada con C.C. No 53.121.858 de Bogotá, realizó su Etapa Productiva mediante un contrato de aprendizaje como Aprendiz - Auxiliar de Enfermería, desde el 28 de Enero de 2014 al 30 de julio de 2014.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los 16 días del mes de Febrero de 2015.

Atentamente,

CLÍNICA SANTO TOMÁS S.A.

Diana M. Palacio
Diana Marcela Palacio
Coordinadora Talento Humano

Dirección: Transversal 3 N 51^a-46, Bogotá
Tel: 2451911 – 2327632 - 2450397





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 306 de 15/01/2015
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) AGUILAR RODRIGUEZ MARISOL Identificado(a) con CC número 53121858 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA el día 15/11/2014.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a AGUILAR RODRIGUEZ MARISOL identificado(a) con CC número 53121858 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 15/01/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.

*Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)*

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA

Directora de Calidad de Servicios de Salud (E).

Revisó : Daniel Ortiz B.
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 28/01/15
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Marisol Aguilar R.
CC. # 53121858 Bte
Firma

Gra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ** identificado(a) con CC 53121858 registra La siguiente información:

2023-05-25→2:45:12 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer	Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-01-15	306	DTS	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

MARISOL

AGUILAR RODRIGUEZ

C.C. 53127858

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedición 02/02/2015



Identificación Plástica 21001740115

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.







COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARISOL AGUILAR RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 53.121.858, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

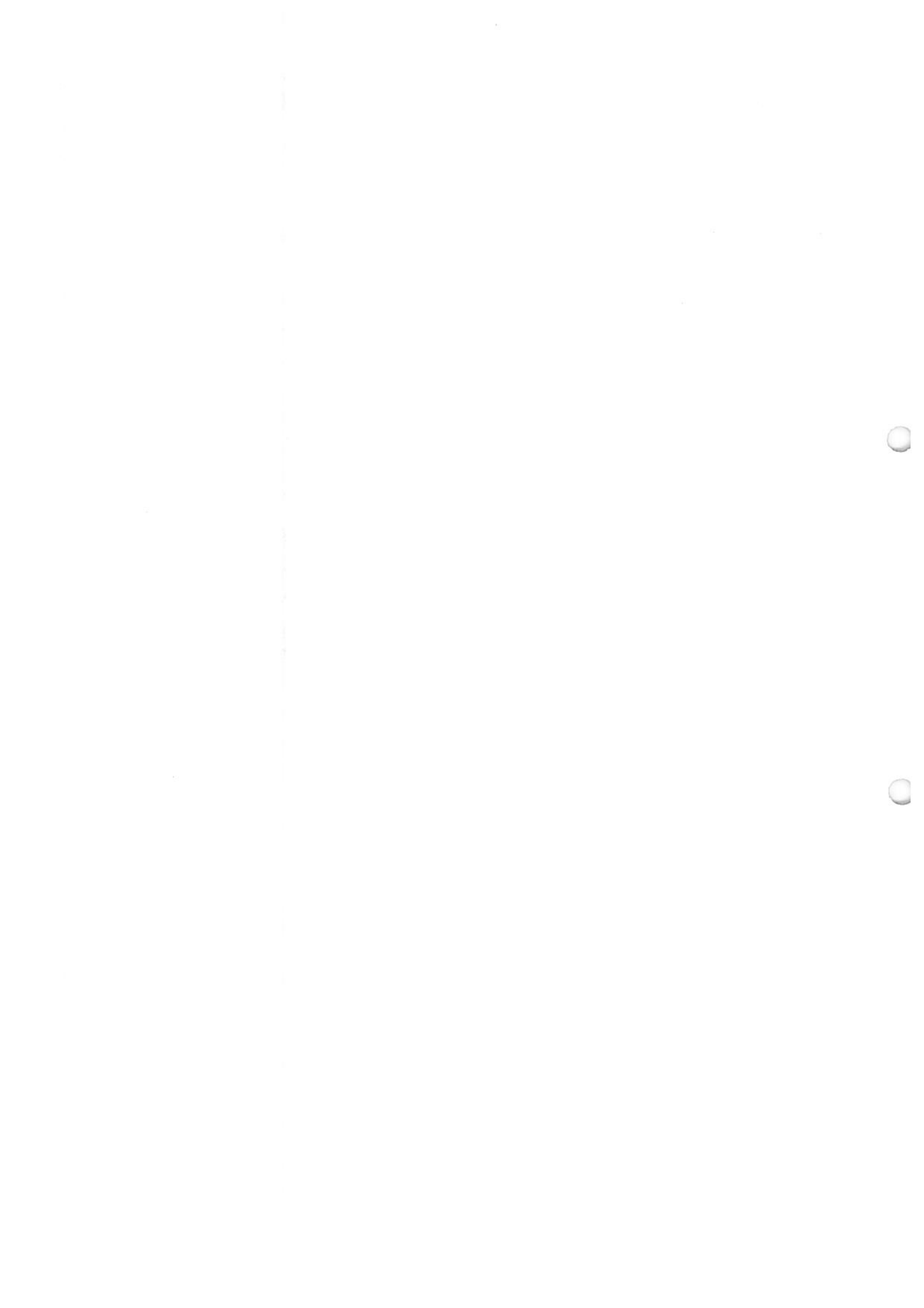
Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 26 de mayo del 2023.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



**FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**



Fecha Radicación: D D M M A A A A

TOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <u>59</u>
--------------------	---	--	--	--

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Rosario</u> Segundo Apellido: <u>Marín</u> Primer Nombre: <u>María</u> Segundo Nombre: <u>María</u>	7. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento: <u>01/01/1985</u>
8. Número de documento de identidad: <u>53121858</u>		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

12. Discapacidad: Tipo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN: <u>1</u>	14. Grupo de población especial: <u>XXI Oportunidad</u>	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: <u>Coltandios</u>	16. Administradora de pensiones: <u>Coltandios</u>
17. Ingreso base de cotización - IBC: <u>1.60.000</u>	18. Residencia: <u>ell 18 sur #69-15</u>	19. Teléfono fijo: <u>3202382466</u>	20. Teléfono celular: <u>3202382466</u>	
21. Correo electrónico: <u>raipiolina@gmail.com</u>	22. Municipio / Distrito: <u>Bojacá</u>	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / Comuna: <u>Bojacá</u>	Departamento: <u>Cundinamarca</u>

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Rosario</u> Segundo Apellido: <u>Marín</u> Primer Nombre: <u>María</u> Segundo Nombre: <u>María</u>	21. Número de documento de identidad: <u>53121858</u>	22. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento: <u>01/01/1985</u>
--	---	---	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino

28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Discapacidad		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
D	D	F	N	M	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y celular

Selección de la IPS Primaria

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: <u>IPS</u>	Código de la IPS (a registrar por la EPS): <u>1097</u>	35. Nombre o razón social: <u>IPS</u>	36. Tipo de documento de identificación: <u> </u>
37. Número del documento de identificación: <u> </u>	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): <u> </u>		

9. Ubicación: Dirección: <u> </u> Teléfono: <u> </u> Correo electrónico: <u> </u> Municipio / Distrito: <u> </u> Departamento: <u> </u>

B. REPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad: 1. Modificación datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 2. Corrección datos básicos de identificación <input type="checkbox"/> 3. Actualización documento de identidad <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS <input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS <input checked="" type="checkbox"/>	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas <input type="checkbox"/>	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado <input type="checkbox"/> 14. Traslado: A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> 15. Reporte por fallecimiento <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado <input type="checkbox"/>
--	--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación Primer Apellido: <u>Rosario</u> Segundo Apellido: <u>Marín</u> Primer Nombre: <u>María</u> Segundo Nombre: <u>María</u>		42. Fecha de nacimiento: <u>01/01/1985</u>
43. EPS anterior: <u> </u>	44. Motivo de traslado: <u> </u>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: <u> </u>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input type="checkbox"/>	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. <input checked="" type="checkbox"/>
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. <input type="checkbox"/>	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. <input type="checkbox"/>
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. <input type="checkbox"/>	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input checked="" type="checkbox"/>
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input type="checkbox"/>	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/>	

VIII. FIRMAS

53121858

Nombre Médico Evaluador
MENDOZA VELASQUEZ ROSA ISABEL
Registro médico: 1049626983 Licencia S.O 0554 de 2017
Paciente
PACHON ESPINOSA MARIA JULIETA
CC 52966380

