En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, MARILLIN TRILLERAS DAZA, Identificado con Cédula No. 57435621 y Profesión ENFERMERA **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: _____

| | LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN: | SI | N/A |
|---|---|---|---|
| 1 | Estudio de Necesidad y Oportunidad | | |
| 2 | Cedula de Ciudadanía | | |
| 3 | Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php | | |
| 4 | Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |
| 5 | Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)** | | |
| 6 | Propuesta de Servicios **(Mes Actual)** | | |
| 7 | Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**) | | |
| 8 | Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**) | | |
| 9 | RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)** | | |
| 10 | Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)** | | |
| 11 | Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**) | | |
| 12 | Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**. | | |
| 13 | Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.** | | |
| 14 | Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**) | | |
| 15 | Tarjeta Profesional | | |
| 16 | RETHUS (**Personal Asistencial en general**) | | |
| 17 | Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**) | | |
| 18 | Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial)**. | | |
| 19 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 20 | Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 21 | Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 22 | Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 23 | Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas) | | |
| 24 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*. | | |
| 25 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*) | | |
| 26 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.* | | |
| 27 | Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***). | | |
| 28 | Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).** | | |
| 29 | Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)** | | |
| 30 | Soporte de experiencia laboral. | | |
| 31 | Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.*** | | |
| 32 | Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial) | | |
| 33 | Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**) | | |
| 34 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 35 | Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual)** | | |
| 36 | Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/ | | |


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 57.435.621
TRILLERAS DAZA
APELLIDOS
MARILIN
NOMBRES
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1972
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
05-FEB-1991 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
R-2102500-01291058-F-0057435621-20220422
0078833834A 1
8504280540

SIJI

Pantalla Principal

Persona Natural

Persona Jurídica

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **57435621**

Resultados encontrados:

| # | No. Documento | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Fecha y Hora de Registro |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 57435621 | TRILLERA | DAZA | MARILIN | 0 | 2022-12-12, 11:39 am |

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023.

El (la) suscrito(a) MARILLIN TRILLERAS DAZA identificado con C.C./C.E./P.P No. 57435621 expedida en SANTA MARTA, 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, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) 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 www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día _____ del mes de septiembre de 2023.

Firma _____
Nombre MARILLIN TRILLERAS DAZA
Cédula 57435621

COPIA CONTROLADA

Santa Marta, 5 de septiembre 2023

Doctor
GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
Gerente
E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche
L. C.

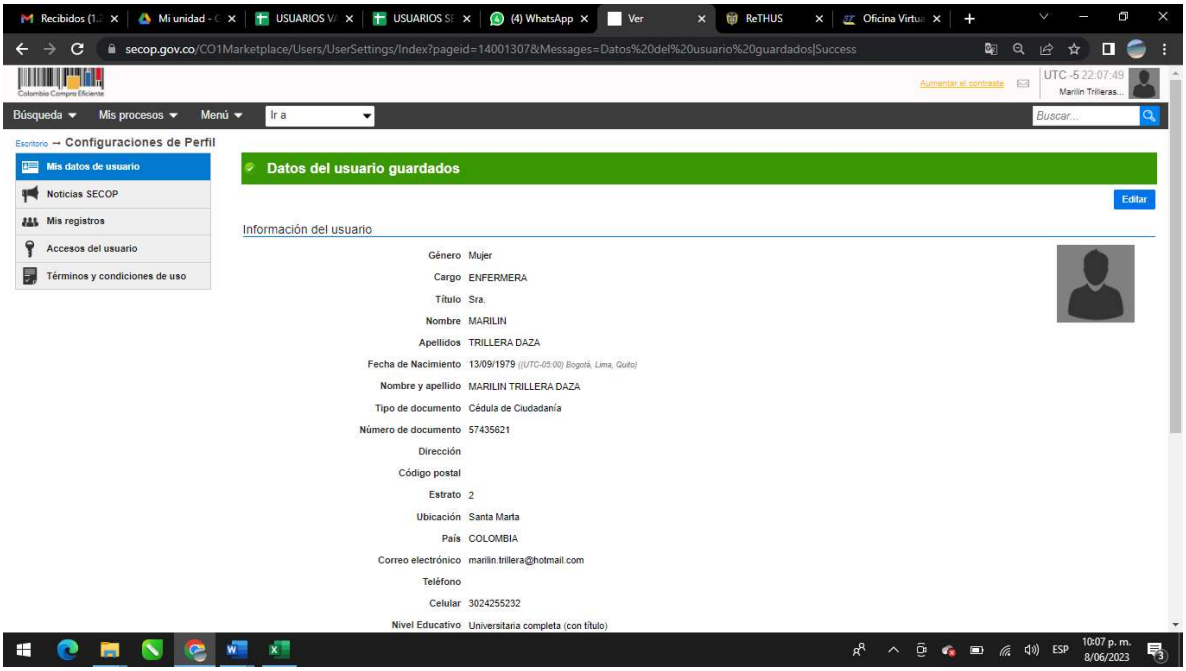
Cordial saludo,

A solicitud de su respetada institución, yo MARILLIN TRILLERAS DAZA, identificado con la C.C. 57435621 le solicito a usted me permita ingresar como ENFERMERA, cumpliendo las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente,



MARILLIN TRILLERAS DAZA
C.C. 57435621 DE SANTA MARTA MAGDALENA


Recibidos (1
Mi unidad - C
USUARIOS V
USUARIOS SE
(4) WhatsApp
Ver
ReTHUS
Oficina Virtua
secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success
Aumentar el contraste
UTC -5 22:07:49
Marilin Trilleras...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Mujer
Cargo ENFERMERA
Título Sra.
Nombre MARILIN
Apellidos TRILLERA DAZA
Fecha de Nacimiento 13/09/1979 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nombre y apellido MARILIN TRILLERA DAZA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 57435621
Dirección
Código postal
Estrato 2
Ubicación Santa Marta
País COLOMBIA
Correo electrónico marilin.trillera@hotmail.com
Teléfono
Celular 3024255232
Nivel Educativo Universitaria completa (con título)
ESP
10:07 p. m.
8/06/2023

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

RUT
Modelo Unificado de Inscripción, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14259000993

(415)7707212469984(8020) 000001425900099 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 7 4 3 5 6 2 1 | 9 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta | 1 9 |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 5 7 4 3 5 6 2 1 | 1 9 9 1 0 2 0 5 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TRILLERAS | DAZA | MARILIN | |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ B CA 19 URB GARAGOA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| | | 3 1 5 6 5 0 5 2 8 7 | |

## CLASIFICACION

### 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 3 0 9 1 7 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 3 0 9 1 7

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 6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: IGLESIAS MARQUEZ MAXIMILIANO DE JESUS

985. Cargo: Gestor II

COPIA NO CONTROLADA
DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

# 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 |
|---|---|---|
| Trilleras | Daza | Marilin |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 57435621 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 06 MES 06 AÑO 1972 | mza b casa 109 casa garagoa | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | MAGDALENA |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | SANTA MARTA | | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | TELÉFONO | | EMAIL | marilin.trillera@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 10 | AÑO | 1992 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 8 | X | | ENFERMERIA | 04 | 2021 | |

***CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS***

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4346262 | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* | 2022 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| ENFERMERA L5 | AREA DE HOSPITALIZACION | CARRERA 14 - 23 42 |

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| CLINICA MARCARIBE | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 23 | *Mes* | 10 | *Año* | 2012 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | | Sin dirección |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | X | | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| MAGDALENA | SANTA MARTA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4346262 | *Día* | 14 | *Mes* | 10 | *Año* | 2014 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2017 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR AREA DE SALUD | AREA DE HOSPITALIZACION | CARRERA 14 - 23 42 |

## 4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

**5** **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 | 10 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 14 | 3 |

**6** **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Santa Marta 5 de septiembre de 2023



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**7** **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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

# MARILIN TRILLERAS DAZA

con cédula de ciudadanía No. 57.435.621 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

# ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 30 de abril de 2021

Libro de Registros No. 0050420211 Folio No. 034 Registro No. 0334
Refrendado en Santa Marta el día 29 de abril de 2021

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Juan Alonso Cortes Londoño

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

# Acta Individual de Graduación No. 04-2862-2021

| | |
|---|---|
| PROGRAMA: | ENFERMERÍA |
| CODIGO SNIES: | 4176 |
| FECHA GRADO: | 30 DE ABRIL DE 2021 |
| LUGAR: | UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA |

En atención a que MARILIN TRILLERAS DAZA
con Cédula de Ciudadanía No 57.435.621 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ENFERMERA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 007 en sesión del día 09 de abril de 2021.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

| | |
|---|---|
| Rector(a): | MARITZA RONDON RANGEL |
| Director(a) de Campus: | ADRIANA SANTARELLI FRANCO |
| Decano(a) Facultad: | DORIAM ESPERANZA CAMACHO RODRIGUEZ |
| Secretario (a) General: | GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS |

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 30 DE ABRIL DE 2021

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

La República de Colombia y en su nombre

# Externado Nacional de Bachillerato "Hugo J. Bermúdez"

SANTA MARTA

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional
según Resolución 15106 del 9 de Octubre de 1984

Confiere a:

**Marcelina Caballeros Daza**

Identificado con C.C. No. 57.435.621 de Santa Marta

El título de:

# Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria

Dado en Santa Marta a 27 de Julio de 1992

Anotada al folio 2.144 libro de registro No. 4
Reg. No. 61.060

Secretaría de Educación

Santa Marta, 27 de Julio de 1992

## *HACE CONSTAR QUE:*

La enfermera **MARILIN TRILLERAS DAZA** identificada con la cédula de ciudadanía número 57.435.621, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los cinco (5) días del mes de septiembre del año dos mil veintitres (2023).

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

4

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*GOBERNACION DEL MAGDALENA*
*SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD*
*DESARROLLO INSTITUCIONAL*

RESOLUCIÓN No. 47 – 05 15

"Por medio de la cual se registra e inscribe un certificado expedido por una Institución de Educación No Formal, en el área de la salud."

EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DEL MAGDALENA

En ejercicio de las atribuciones legales y en especial las conferidas por las Resoluciones No. 02085 del 7 de febrero de 1989 y 0449 del 8 de febrero de 1993 y por el Decreto 1875 de 1994, emanados del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

1.- Que corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, en su área de influencia ejercer el control y vigilancia de los auxiliares de la salud, mediante el registro e inscripción de los certificados expedidos por las instituciones de Educación no Formal, para su debido ejercicio.

2. Que **MARILIN TRILLERAS DAZA** identificada con cédula de ciudadanía No. 57.435.621 expedida en Santa Marta (Mag.) ha solicitado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud el Registro e Inscripción de su certificado como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** que le otorgó LA CORPORACIÓN EDUCATIVA "INSALUD" según Acta No.04 de 31 de agosto de 2002.

RESUELVE

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **MARILIN TRILLERAS DAZA** para ejercer la profesión de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en todo el territorio nacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer el oficio en zona geográfica diferente a donde recibió el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponda.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santa Marta a los días del mes de del 2002.

ANA LUCIA HERRERA ROJAS
Secretaria de Desarrollo de la Salud

JORGE RUMIE DIAZ
Profesional Especializado

Proyectado por: LCDA LUZ FERNANDEZ V.

Para progresar es preciso

**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.



Cambiar

4629

Verificar Registro en ReTHUS  Limpiar

**Resultado General -2023-09-05→11:42:47 AM -2023-09-05→12:41:40 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 57435621 | MARILIN | | TRILLERAS | DAZA | 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) MARILIN TRILLERAS DAZA identificado(a) con CC 57435621 registra La siguiente información:**

**2023-09-05→12:41:40 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2022-07-18 | 57435621 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2002-11-14 | 513 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |
| AUX | Local | Auxiliar de radiología e imágenes diagnósticas | 2002-11-14 | 513 | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|MAGDALENA\|EL BANCO | 2021-06-24 | 2022-06-23 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Enfermería | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

**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).**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Basados en el marco de la resolución, N° 0459 de 2012 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .**

Realizado el **01** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **SVB - SOPORTE VITAL BASICO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Con instructor titulado por la sociedad americana del corazón. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **04** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Con instructor titulado por la sociedad americana del corazón. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **29** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicióNn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

# Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

## CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

# *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **03** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **ACTUALIZACION CPR EN PACIENTE CON COVID-19**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ACTUALIZACION CPR EN PACIENTE CON COVID-19. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **04** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 4 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **Atención y Cuidados De Enfermeria En Pacientes Con Covid-19**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Atención y Cuidados De Enfermeria En Pacientes Con Covid-19. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **03** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 4 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **TOMA DE MUESTRA: LABORATORIO, CITOLOGIA Y COVID-19**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** TOMA DE MUESTRA: LABORATORIO, CITOLOGIA Y COVID-19. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **02** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

# Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

## CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

# *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **ARRITMIAS CARDIACAS**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ARRITMIAS CARDIACAS. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **03** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **HUMANIZACIÓN**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** HUMANIZACIÓN. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **02** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

# CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

## *Marilin Trilleras Daza*

CC: 57435621

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Enfermera.**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** GESTIÓN DE DUELO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
**Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.**

Realizado el **01** del mes de **Junio** del **2022** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
**Cesar Augusto Ropero Payares**
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
**www.quironcolombia.com**

Gescons S.A.S
Gestion De Educación Continuada En Salud

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

## Marilin Trilleras Daza

---

**Con número de identificación: 57.435.621**

Acudió satisfactoriamente al "TALLER VIRTUAL INTERNACIONAL: EKG ACTUALIZACIÓN 2022 ",
efectuado el día trece (13) de julio del año Dos Mil Veintidós (2022) de manera virtual con duración de 3 horas.
Se confiere la presente constancia por parte de GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD (GESCONS S.A.S.) NIT: 900.792.444-9,
en convenio con FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA NIT: 860.007.406-9

LUIS FELIPE MENDOZA A
Representante Legal de GESCONS S.A.S

Dr. SERGIO ISAZA VILLA.
Presidente Federación Médica Colombiana

Gescons S.A.S
Gestion De Educación Continuada En Salud

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

## Marilin Trilleras Daza

---

**Con número de identificación: 57.435.621**

Acudió satisfactoriamente al "TALLER: CRISIS HIPERTENSIVA - TIPO EMERGENCIA - Órganos y Medicamentos",
efectuado el día veintinueve (29) de junio del año Dos Mil Veintidós (2022) de manera virtual con duración de 3 horas.
Se confiere la presente constancia por parte de GESTIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD (GESCONS S.A.S.) NIT: 900.792.444-9,
en convenio con FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA NIT: 860.007.406-9

LUIS FELIPE MENDOZA A
Representante Legal de GESCONS S.A.S

Dr. SERGIO ISAZA VILLA.
Presidente Federación Médica Colombiana

LABORATORIO CLÍNICO
MARTINEZ

# CONCEPTO MÉDICO

**Motivo de consulta:** Ingreso **Fecha de consulta:** 25/07/2022

## Información paciente



**Empresa:** SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR
**Empresa en misión:**
**Nombre completo:** MARILIN TRILLERAS DAZA
**Identificación:** CC: 57435621
**Responsable:** El mismo paciente
**Acompañante:** Ninguno
**Cargo:** ENFERMERA JEFE
**Fecha nacimiento:** 06/06/1972
**Edad:** 50
**Genero:** Femenino
**Estado civil:** Soltero
**Escolaridad:** Pregrado (Universitaria)
**Teléfono:**
**Dirección:** Magdalena, Santa marta,
**Nº hijos:** 3
**ARL:**
**EPS:** Nueva EPS
**AFP:** Protección S.A.

## Exámenes analizados

- **Examen medico ocupacional .**

## Concepto de aptitud

Apto para la labor.

## Anexo

**SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.**

## Recomendaciones generales

- Usar adecuadamente los elementos de protección personal.
- Hábitos de vida saludable: dieta balanceada y ejercicio diario por 30 minutos.
- Adecuada higiene postural.
- Seguir el manual vigente de higiene y seguridad industrial de la empresa.
- Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo.
- Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales.

## Recomendaciones especificas

**HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DEL EPP PARA LA LABOR, DIETA Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**

**MONITOREO AMBULATORIO DE TENSION ARTERIAL Y CONTROL CON MEDICINA GENERAL POR EPS.**

**VALORACION CON NUTRICION POR EPS.**

**NOTAS: DEBE CUMPLIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD EMPRESARIAL PARA EL MANEJO DEL COVID**

**TRABAJADOR APTO PARA EL CARGO.**

LA HISTORIA CLINICA ES EL REGISTRO DE LA ATENCION DEL PACIENTE, DE LAS ENTIDADES QUE LA PRESTAN Y DE LOS PROFESIONALES QUE LA ELABORAN

**EL SUSCRITO ASESOR JURIDICO PARA LA CONTRATACION DEL TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA**

**CERTIFICA QUE:**

Que la Señora **MARILIN TRILLERAS DAZA**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 57.435.621 expedida en Santa Marta (Magdalena), desempeñó el cargo de Profesional Universitario Servicio Social Obligatorio al servicio de la E.S.E., mediante Resolución de nombramiento Numero 010, desde el día veinticuatro (24) del mes de junio del año dos mil veintiuno (2021) hasta el día veintitrés (23) del mes de junio del año dos mil veintidós (2022).

El presente documento se expide el 24 de junio de 2022.

Se deja constancia que la presente certificación se elabora conforme a la información que ha suministrado la oficina de talento humano de la ESE Hospital La Candelaria.

**JUAN DAVID CAMELO CALIXTO**
Asesor Jurídico Contratación del Talento Humano
**E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA**



Calle 7 entre carreras 17 y 18
Tels.: 4292245-4294408
hospitallacandelaria@gmail.com
www.esehospitallacandelaria.gov.co

El Banco Magdalena, veinticuatro (24) de junio de dos mil veintidós (2022).

**A QUIEN PUEDA INTERESAR**

**ZENAIDA MARIA ORTIZ HERAS**, mayor de edad, actuando en mi condición de Representante Legal de la E.S.E. Hospital La Candelaria, identificada con Nit. 800154347-3, nombrada mediante Decreto No. 0164 del 16 de mayo de 2020, emanada del despacho del Señor Gobernador del Departamento del Magdalena Doctor CARLOS EDUARDO CAICEDO OMAR, y posesionada en la misma fecha conforme al Acta No. 0095, conforme a que la Licenciada **MARILIN TRILLERAS DAZA**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 57.435.621 expedida en Santa Marta, Magdalena, fue seleccionada y aprobada con el número de orden 31-E radicada en el libro de registro profesionales con el número 27 del día 2 de enero de 1997 con el Código de plaza 4724500249013-1 e identificación de la plaza No. 3791, emanada por el Secretario de Salud Departamental y posteriormente nombrada para la ejecución de su año Rural en el área de **ENFERMERÍA** de la E.S.E. Hospital La Candelaria, mediante la presente me permito dar fe de las grandes cualidades morales, éticas y profesionales de la antes mencionada.

La Lic. **MARILIN TRILLERAS DAZA**, desempeñó el cargo de Profesional Universitario Servicio Social Obligatorio, al servicio de la E.S.E. desde el día veinticuatro (24) del mes de junio del año dos mil veintiuno (2021) hasta el día veintitrés (23) del mes de junio del año dos mil veintidós (2022) cuyo desenvolvimiento resultó satisfactorio y acorde al objeto misional de la entidad que represento.

Vale indicar que la razón de su desvinculación de la E.S.E Hospital La Candelaria, se debió al cumplimiento de su año Rural para la cual fue nombrada, no existiendo otra diferente que ponga en duda sobre las capacidades, actitudes y aptitudes que posee la Licenciada **MARILIN TRILLERAS DAZA.**

El presente documento se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

**ZENAIDA MARIA ORTIZ HERAS**
Gerente
**E.S.E HOSPITAL LA CANDELARIA**

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

**LA PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL "FERNANDO TROCONIS"**

**CERTIFICA**

Que la Señora, **MARILIN TRILLERAS DAZA**, identificada con cedula de Ciudadanía **No. 57.435.621** expedida en Santa Marta (Magdalena), fue contratista de esta ESE Hospital Universitario Fernando Troconis prestando sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en virtud de las siguientes ordenes de Prestación de Servicios:

1. No. **1322** de fecha 14 de Octubre de 2014, con un plazo de ejecución contado a partir del 14 de Octubre al 31 de Diciembre de 2014 y por un valor de CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($5`200.000.00).
2. No. **146** de fecha 07 de Enero de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 07 de Enero al 31 de Marzo de 2015 y por un valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS ($3`900.000.00).
3. No. **828** de fecha 31 de Marzo de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2015 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4`050.000.00).
4. No. **1997** de fecha 10 de Julio de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de Julio al 31 de Octubre de 2015 y por un valor de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($5`400.000.00).
5. No. **2578** de fecha 17 de Noviembre de 2015, con un plazo de ejecución contado a partir del 17 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2015 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).

6. No. **125** de fecha 05 de Enero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 al 31 de Enero de 2016 y por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1`350.000.00).
7. No. **868** de fecha 02 de Febrero de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Febrero al 31 de Marzo de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
8. No. **868** de fecha 01 de Abril de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2016 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
9. No. **2199** de fecha 01 de Julio de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Julio al 31 de Agosto de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
10. No. **3164** de fecha 01 de Septiembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Septiembre al 31 de Octubre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
11. No. **4008** de fecha 02 de Noviembre de 2016, con un plazo de ejecución contado a partir del 02 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2016 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
12. No. **464** de fecha 03 de Enero de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 03 de Enero al 31 de Marzo de 2017 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
13. No. **728** de fecha 01 de Abril de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 01 de Abril al 30 de Junio de 2017 y por un valor de CUATRO MILLONES CINCUENTA MIL PESOS ($4.050.000.00).
14. No. **990** de fecha 04 de Julio de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Julio al 31 de Agosto de 2017 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
FERNANDO TROCONIS
NIT: 891.780.185-

15. No. **2097** de fecha 04 de Septiembre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 04 de Septiembre al 30 de Septiembre de 2017 y por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000.00).
16. No. **2702** de fecha 05 de Octubre de 2017, con un plazo de ejecución contado a partir del 05 de Octubre al 30 de Noviembre de 2017 y por un valor de DOS MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ($2`700.000.00).
17. Adición y prorroga No 001 de la orden de prestación de servicio No 2702 con plazo de ejecución del 1 al 31 de Diciembre de 2017, por un valor de UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.350.000.00).
18. No. **680** de fecha 15 de Enero de 2018, con un plazo de ejecución contado a partir del 15 de Enero al 30 de Junio de 2018 y por un valor de OCHO MILLONES CIEN MIL PESOS ($8.100.000.00).

Lo anterior se expide por solicitud de la interesada, a los diez (10) días del mes de julio de 2018 para ser actualizar hoja de vida.

**ANA CAROLINA OJEDA MARTINEZ**

CLINICA BENEDICTO S.A.
Comprometidos con la Salud
NIT No 900.099.151 – 4
Calle 23 No 14 -46 Tel. 4236265 – 4236207
Email: Clinicabenedicto@hotmail.com
Santa Marta Magdalena

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO**

**CERTIFICA:**

Que **MARILIN TRILLERAS DAZA,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nº 57.435.621 expedida en Santa Marta, realizo turnos en esta institución como AUXILIAR DE ENFERMERIA, para cubrir vacaciones, incapacidades y otros turnos eventuales, efectuando un total de 84 turnos en un periodo comprendido entre el mes de Diciembre del 2019 y el mes de Junio del 2020.

Se expide esta constancia a solicitud de la parte interesada, el 5 de Septiembre del 2020.

**AMPARO CAMARGO BOHORQUEZ**
**Departamento de Talento Humano**

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
FECH4 Folios: NROFOLIOS
Origen: ORIGHEN
Destinatario: DHESTIN@TARYO

*P≅ΘTKAΔO*
R@QTKADO

**EL SECRETARIO SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA**

**CERTIFICA**

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 de 2010 y 2358 de 2014, el (la) profesional **MARILIN TRILLERAS DAZA** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 57435621 expedida en Santa Marta - Magdalena, cumplió el servicio social obligatorio como ENFERMERA en LA ESE HOSPITAL LA CANDELARIA en la siguiente plaza y fecha:

| Código Plaza | Lugar donde realizó el SSO | Modalidad (*) | Fecha de Inicio | Fecha de Terminación |
|---|---|---|---|---|
| 4724500249013-1 | LA ESE HOSPITAL LA CANDELARIA | Prestación de Servicios | 24 de julnio de 2021. | 23 de junio de 2022. |

*Según artículo 6 de la Resolución 1058 de 2010.

Santa Marta, julio 12 de 2022.

**DIANA ESTHER CELEDÓN SANCHEZ**
Secretario Seccional de Salud

| | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Proyectó Elaboró | Piedad De la Hoz Orozco | Profesional Universitario | |
| Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presentamos para su firma. | | | |

# 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 57435621 **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 07/09/2023 05:54 PM

_____

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

SERVICIOS MEDICOS
OLIMPUS IPS. S.A.S.
NIT. 800.033.723-0

BARRANQUILLA
Calle 70 No 48 - 56 Callcenter 368 8864
Tels Directos 360 8340 - 385 7980 Ex 100-101
Cel 317 4274226 - 317 4422432
E-mail servicioalcliente@olimpusIab.com

CARTAGENA
Bocagrande calle 5ta ,cra 6 -19
Centro medico bocagrande
local 404 - 607 Cel 3174274223

MAGANGUE
Calle 16 A No 10 A - 143
Sector Pueblo Nuevo
Cel. 3004102050 - 3187117423

SANTA MARTA
Carrera 5 N 26B - 23
Barrio los Angeles
Cel 3174274220

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre | **TRILLERAS DAZA MARILIN** | | Fecha de recepcion: | 06-jul.-2019 9:00 am | **7062862** |
| Identificacion | CC 57435621 | Sexo F | Fecha de impresion: | 08-jul.-2019 12:05 pm | |
| Fecha Nacimiento | 1972-jun.-06 | Tel. 3002473445 | Empresa | PARTICULAR STA | |
| Medico | MEDICOS VARIOS | | Sede | SANTA MARTA | Copia |
| Servicio | CONSULTA EXTERNA | | | | |

| Examen | Resultado | Unidades | Valores de Referencia |
|---|---|---|---|
| **Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO** | 116.68 | UI/L | |
| **Metodo: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA** | | | |
| REACTIVO: MAYOR DE 10.00 UI/L | | | |
| NO REACTIVO: MENOR DE 10.00 UI/L | | | |

VIGILADO Supersalud

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| FA DOBLE | 1 | 04/07/19 | [illegible] | [illegible] |
| HEPATITIS B | R | 03-07-19 | [illegible] | [illegible] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Cra. 5 #25-27. Santa Marta.
Tel: 431 9537 Ext. 109 - 112
vacunacionmagdalena@cruzrojacolombiana.org
www.cruzrojamagdalena.org

Cruz Roja Colombiana
Seccional Magdalena

Certificado de Vacunación

Nombres: marilin

Apellidos: Trilleras Daza

Documento de identidad: C.C. [x] C.E. [ ] T.I. [ ] PASAPORTE [ ] No. 57.435.621

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 06 Año 1972

# Certificado Digital de Vacunación contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

# Colombia

## COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

**Nombres y apellidos** / Full name

MARILIN TRILLERAS DAZA

**Tipo de identificación** / ID Type

CC

**Número de identificación** / ID Number

57435621

**Fecha nacimiento** / Date of birth

06/06/1972

**País nacimiento** / Country of birth

CO-COLOMBIA

**Número de contacto (celular)** / Phone number

3024255131

**Correo electrónico** / e-mail

### Datos de vacunación / Vaccination detail

| | | |
|---|---|---|
| Dosis / Dose number | Primera | Segunda |
| Lote / Vaccine Batch | 202104024K | 202106060O |
| Vacuna / Vaccine | SINOVAC LIFE SCIENCES | SINOVAC LIFE SCIENCES |
| Centro vacunador / Administering Center | EL BANCO E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA | EL BANCO E.S.E. HOSPITAL LA CANDELARIA |
| Fecha de aplicación / Date of Vaccination | 21/06/2021 | 21/08/2021 |
| País de vacunación / Country of Vaccination | CO-Colombia | CO-Colombia |
| Sello digital / Digital Stamp | ECKP6Z7BX3FVZJ7Q2Z2IL OYXTTRRSJVCRNZHQNEX TYWZJB644PTQ | ARONC3EQRSFAYST54WV BJ2JQJ7PAP3EAKBPH6PRK NRCMWYJGVHOQ |

Fecha de emisión del documento / Document issued

10/08/2022 10/08/2022

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

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

**Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.**

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

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry 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 SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here

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

View certificate in MiVacuna

Función Pública

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

| Tipo de declaración | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2023-09-05 12:59 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MARILIN | | TRILLERAS | DAZA |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 57435621 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

| | |
|---|---|
| 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 | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE |

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | MAGDALENA | SANTA MARTA |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"] |
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $11.600.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $11.600.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $500.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

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

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARILIN TRILLERAS DAZA identificado(a) con CC 57435621 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| Fecha de Activación de | 01/08/2008 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 05 días del mes de septiembre del año 2023.

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
Nueva EPS S.A

# Protección

**Fondo de Cesantías Protección**

**NIT 800.170.494**

**Hace constar que:**

El(La) Señor(a) **MARILIN TRILLERAS DAZA** identificado(a) con **CC** número **57.435.621** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 02 de febrero de 1999.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de septiembre de 2023.

Cordialmente,



**Laura Patricia Merchan Metaute**
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

| HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E. | FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL | CODIGO: FINC4F |
|---|---|---|
| | | VERSION: 002 |
| | | FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021 |

| Ciudad | Oficina | Fecha Vinculación |
|---|---|---|
| | | |

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

| Nombres y Apellidos | MARILIN TRILLERAS DAZA | | | | | | | | | | | | | | Sexo | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | M | | F | X |

| Tipo de Documento | | | | | | | | Número | Expedida en | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | C.E | | T.I | | R.C | | PP | 57435621 | SANTA MARTA | 5/02/1991 |

| Estado Civil (Seleccione) | | | | | Nivel educativo | | | | No. Personas a cargo | Tipo de Vivienda | | | Zona Ubicación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero | Casado | Divorciado | U. libre | Viudo | Primaria | Bachiller | Técnico | Universidad | | Propia | Arrendada | Familia | Rural | Urbano |
| | | X | | | | | | X | 3 | X | | | | |

| Fecha nacimiento | | | Lugar de Nacimiento | Direccion Domicilio | Municipio / Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 6 | 1972 | SANTA MARTA | URB GARAGOA MAZ B CASA 19 | SANTA MARTA | MAGDALENA |

| Correo Electrónico | No. Celular | Telefono |
|---|---|---|
| marilin.trillera@hotmail.com | 3024255232 | |

| Ocupación (Seleccione) | | | | | | | | | | | | Actividad Principal CIIU | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Estudiante | | Independiente | X | Empleado | | Hogar | | Jubilado | | | | 8692 | | | |

| Detalle Actividad Económica | Descripción del CIIU |
|---|---|
| Actividades de apoyo terapéutico | Las actividades de enfermeros, parteras, fisioterapeutas, terapistas respiratorios, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos u otro personal paramédico como enfermeros escolares, terapeutas |

## 1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

| Nombres y Apellidos del Representante Legal | Tipo de Documento | | | | | Número |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | C.C. | | | P.P | | |

## 2. DATOS LABORALES

| Nombre de la Empresa o Negocio | Tipo de Empresa o Negocio | | | | | | | Cargo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE | Publica | X | Privada | | Mixta | | Otra, cual? | ENFERMERA |

| Dirección de empresa o negocio | Ciudad | Barrio | No. Teléfono |
|---|---|---|---|
| CARRERA 14 # 23 - 42 | SANTA MARTA | LOS ALCAZARES | 4346262 |

| Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total Ingresos Mensuales | 2.900.000 | Total Egresos mensules | 2.900.000 |
|---|---|---|---|
| Otros Ingresos Mensules | | Otros Egresos Mensuales | |
| Total Activos | | Total Pasivos | |

| Mes y año de corte de la información financiera suministrada | Mes 05 | Año 2023 | Es declarante? | SI | | NO | X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?**

NO

**Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?**

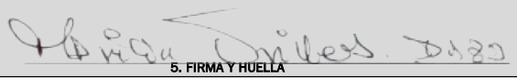
NO

**Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:**

HONORARIOS POR EL SERVICIO PRESTADO

## 4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: HONORARIOS POR EL SERVICIO PRESTADO y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.
Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los





## 5. FIRMA Y HUELLA

**Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):**

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento