REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.081.831.070**

MARCELINO RADA

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-1998**

FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

22-MAR-2016 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

R-2103100-01030999-F-1081831070-20180810 **00622**61199A 1 9905244780

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Mavic Camila Maradino Rada, Identificado (a) con Cédula No. 1082831070. y Profesión Psicologa **AUTORIZO** que la **E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR mis datos personales en las distintas plataformas disciplinarias, fiscales, judicial, inhabilidades etc y los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el Hospital con fines de contratación.

FIRMA: [signature]

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Cedula de Ciudadanía	✓	
2	Lista de Chequeo firmada	✓	
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)	✓	
4	Propuesta de Servicios	✓	
5	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		✓
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTORES**)		✓
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)	✓	
8	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)	✓	
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
10	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas (**fecha vigente –MES actual**).	✓	
11	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)**		✓
12	Resolución departamental para ejercer profesión	✓	
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)	✓	
14	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	✓	
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos Generales**), desde **$400.000.000** millones de pesos (**Especialistas**) y desde **$100.000.000** millones de pesos. (**Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición**)	X	
16	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).	✓	
17	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		✓
18	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		✓
19	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, *excepto Especialistas*)		✓
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas.		✓
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTION DEL DUELO** (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)	✓	
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **TOMA DE MUESTRAS** (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)		✓
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas).		✓
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).		✓
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Área Asistencial en General)	✓	
26	Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)		X
27	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)**	✓	
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)	✓	
29	Vacunas (**HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA**) (todo el personal asistencial)	✓	
30	Formato **DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — Diligenciar en la Página web (**https:// https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada.**	✓	
31	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
33	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	—	
34	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM	✓	
35	Certificación Bancaria (Del año Vigente)	✓	

NOTA: Los documentos deberán ser originales o copias legibles, sin excepción alguna. Los documentos aportados serán verificados *previamente en las distintas plataformas o base de datos, dando fe de su autenticidad, dicha revisión estará a cargo del Área de*

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 MARIA CAMILA MARC...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar

Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0 Publicadas | 0 En edición | 0 Adjudicadas pendientes | 0 En proceso de cierre | 0 Nuevos mensajes | 0 Borrador

Sugerencias SECOP

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

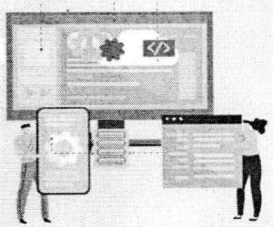
Colombia Compra Eficiente

Mantenimiento en SECOP II

Desde
2 de febrero a las 00:01 a.m.

Hasta
2 de febrero a las 7:00 a.m.

Durante este tiempo la plataforma no estará disponible pero la información y los datos se conservarán seguros en la nube pública.



WWW.COLOMBIACOMPRA.GOV.CO

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario > Mis registros'

Mensajes — Todos

Sin mensajes...

Más información

Oportunidades de negocio — Recibidas

Sin oportunidades

Más información

Fundación, Marzo de 2024

PROPUESTA ECONÓMICA

Dr. JOSE RAFAEL DOMÍNGUEZ AYALA
Gerente hospital San Rafael de Fundación

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA.

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como "prestación de servicios Profesionales como Psicólogo (a) de los equipos básicos de salud de la E.S.E. Hospital Departamental San Rafael de Fundación".

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1. Ejecutar en forma idónea, transparente y eficaz el objeto de la presente propuesta.

2. Desarrollar y fortalecer las habilidades y capacidades de los grupos familiares o no familiares para el cuidado de sí mismo, del otro y del medio ambiente, la sana convivencia y la protección de cada uno de sus integrantes, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes, personas mayores.

3. Promover el mejoramiento de los ambientes físicos de la vivienda y el entorno, controlar los riesgos asociados a condiciones socioambientales desfavorables y promover los factores protectores para la salud y la calidad de vida.

4. Identificar las condiciones de salud las personas, familias y comunidades en los microterritorios y gestionar la respuesta efectiva en salud a las diferentes modalidades de atención (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina).

5. Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.

6. Desarrollar procesos educativos que faciliten a las personas elegir y adoptar prácticas favorables a la salud, prácticas de cuidado, compañía y desarrollo de vínculos afectivos y sociales positivos para el desarrollo humano.

7. Desarrollar espacios de participación social y popular por cada vereda- barrio donde operen los equipos básicos de salud.

8. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.

9. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación

10. Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa

11. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados.

12. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.

13. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud.

14. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.

15. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.

16. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.

17. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.

18. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

19. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo.

20. Las demás que surjan en el ejercicio de sus competencias de acuerdo al contrato o que le sean asignadas por la entidad contratante de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.

PLAZO

El plazo de la propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

VALOR

El valor de la presente propuesta es según lo establecido en los estudios previos.

FORMA DE PAGO

Según lo establecido en los estudios previos.

Cordialmente,

Maria Camila Marcelino Rada
C.C. 1.081.831.070 de Fundación
CEL: 3212245472
EMAIL: psic.mariamarcelino@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14942723993

(415)7707212489984(8020) 000001494272399 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 8 1 8 3 1 0 7 0	7	Impuestos de Medellín	1 1	

IDENTIFICACIÓN

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	1 0 8 1 8 3 1 0 7 0	2 0 1 6 0 3 2 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Fundación 2 8 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARCELINO	RADA	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
TV 65 E 41 B 210

42. Correo electrónico Psic.mariamarcelino@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 3 0 1 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 08 - 31 / 07 : 55: 57

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARCELINO RADA MARIA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Marcelino	Rada	Maria Camila

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ✓ C.E ○ PAS ○ No. 1.081.831.070

SEXO: F ✓ M ○

NACIONALIDAD: COL. ✓ EXTRANJERO ○ PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 10 MES 02 AÑO 1998

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Fundacíon

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 13 N 9-89

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Fundación

TELÉFONO 3212245472 EMAIL psic.mariamarcelino@gmail.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:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	✓	MES 11 AÑO 2014

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN ME	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	✓		Psicologo	11	2021	242546

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LE R	LO LE B	LO LE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles		✓			✓			✓	
Portugues		✓			✓			✓	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE Hospital Departamental San Rafael de Fundación – Magdalena	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Fundacion	th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 08 AÑO 2023	DÍA 30 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
049/2013 Contratista	Intervenciones Colectivas	Calle 16 5ª - 46 Barrio san Bernardo

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Metrosalud	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	Medellin	contratosjuridica@metrosalud.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3002761390	DÍA 01 MES 02 AÑO 2023	DÍA 31 MES 05 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
049/2013 Contratista	Maite Medellin me cuida Salud	Carrera 50 N° 44-24

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Corpotec del caribe		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Magdalena	Fundacion	copotecdelcaribe1@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3012242479	DÍA 03 MES 01 AÑO 2022	DÍA 15 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Profesional en psicologia	Profesional en psicologia	Calle 9 # 12-14 Alfonso López

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Escuela Normal Nuestra Señora De Fátima	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Atlantico	Sabanagrande	normal_de_fatima@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104127494	DÍA 08 MES 02 AÑO 2021	DÍA 06 MES 08 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Prácticas de psicología	Psicólogo	Cl 7 # 12-91 (Sabanagrande Atl.)

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		
SERVIDOR PÚBLICO	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	-
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	4

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 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

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

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre, la Corporación

Universidad de la Costa

Con Personería Jurídica No. 352 de Abril de 1971

Por cuanto

Maria Camila Marcelino Rada

C.C. N° 1,081,831,070 de Fundación

Cursó todas las materias que los Estatutos Universitarios exigen,
le confiere el título de

Psicólogo

Acreditación de Alta Calidad Según Resolución No. 18796 de 18 de Septiembre de 2017 y Código SNIES: 10286
Emanado del Ministerio de Educación Nacional

En fe de lo cual se expide el presente Diploma en Barranquilla, Atlántico
El día 26 de Noviembre de 2021

Presidente Consejo Directivo | Rector | Secretario General

Anotado al folio No. *68* del Libro de Registro de Diplomas No. *LV – SG - 5595*

Refrendado en Barranquilla el *26 de Noviembre de 2021*

A-007734

UNIVERSIDAD DE LA COSTA
1970

ACTA DE GRADO No. **010**

En Barranquilla, capital del departamento del Atlántico, a **26 de Noviembre de 2021** se reunieron los Directivos de la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA - CUC, con el objeto de otorgar el título de **Psicólogo** al estudiante **María Camila Marcelino Rada** portador de la Cédula de Ciudadanía No. **1081831070** de **Fundación** a quien se le tomó el juramento de rigor y se hizo entrega del Diploma.

Habiendo aprobado los correspondientes estudios, según consta en los respectivos registros del programa **Psicología** y habiendo cumplido los requisitos académicos de grado:

Diplomado De Profundización En Psicología Organizacional Y Del Trabajo

Por **Acreditación de Alta Calidad Según Resolución No. 18796 de 18 de Septiembre de 2017** emanado del MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, después de cumplir con los requisitos exigidos por la CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA - CUC, se otorga el título correspondiente.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por el Presidente del Consejo Directivo, Rector y Secretario General.

Presidente Rector Secretario General

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

El suscrito Director Ejecutivo de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Maria Camila Marcelino Rada**, con documento de identificación N° **1081831070**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 16 de marzo de 2024.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE TRIBUNALES

WILLIAM ALEJANDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ
Director Ejecutivo Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología

Nota: La información certificada en este documento puede ser verificada en el enlace https://sara.colpsic.org.co/publico/verificacion-tarjetas digitando el número de cédula del profesional.

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **MARIA CAMILA MARCELINO RADA**, identificada con documento de identidad No. CC **1081831070** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 242546 expedida el 20/01/22, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el portador de la Tarjeta Profesional, está habilitado para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 18 de marzo de 2024.

Nota: De acuerdo con el parágrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO **08 - 1356 DE 2022**

(28 de febrero de 2022)

"Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional "

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

En uso de sus Facultades Legales y en especial las conferidas por el Decreto 1875 del 3 de agosto de 1994, y la Resolución No. 0270 de 2014 expedida por el Secretario de Salud Departamental

C O N S I D E R A N D O

Que **MARIA CAMILA MARCELINO RADA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1081831070 expedida en Fundación - Magdalena, ha solicitado Autorización del Ejercicio Profesional como **PSICOLOGO**, según TITULO que le otorgó la **CORPORACION UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC**, el día 26 de noviembre de 2021, según Acta de Grado N° 010.

R E S U E L V E

ARTICULO ÚNICO: Autorizase a **MARIA CAMILA MARCELINO RADA**, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1081831070 expedida en Fundación - Magdalena, para ejercer la Profesión de **PSICOLOGO** en todo el Territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Barranquilla - Atlántico, el día 28 de febrero de 2022.

PIEDAD ECHEVERRIA LOPEZ
Subsecretaria de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

Elaboró: PGoenaga
Revisó: HMenco
Revisó: OSierra

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 242546

Fecha de expedición 20/01/2022

MARIA CAMILA MARCELINO RADA

Cédula de Ciudadanía

1081831070

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

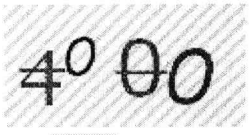
Número de Identificación *

1081831070

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3062

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2024-03-15→3:16:47 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1081831070	MARIA	CAMILA	MARCELINO	RADA	Vigente

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) MARIA CAMILA MARCELINO RADA identificado(a) con CC 1081831070 registra La siguiente información:

2024-03-15→3:16:47 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2022-02-28	1356	Secretaria de Salud Departamental de Atlantico

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

Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

María Camila Marcelino Rada

CC No 1.081.831.070

Profesión:

Psicóloga

En el Curso de:

CODIGO FUCSIA

Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación (Magdalena), el dia 16 del mes de marzo de 2024 con una intensidad de 48 horas. Este certificado tiene vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

Código de Verificación: **SV040691**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

Soporte Vital

CERTIFICA

La asistencia De:

María Camila Marcelino Rada

CC No 1.081.831.070

Profesión:

Psicóloga

En el Curso de:

Gestión del Duelo

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico Práctico. Soporte Vital Barranquilla. Nit: 901370 843-7 matricula mercantil No.757302, avalados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo .6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación informal para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado en el municipio de Fundación, (Magdalena) el dia 17 del mes de marzo de 2024 con una intensidad de 20 horas.

Código de Verificación: **GD02661**

Ariel R Araque chaparro
Gerente Comercial

Dra Daniela M Vecino
Coordinador Científico

La salud es de todos | Minsalud

Corporación Universidad de la Costa

Vicerrectoría Académica

Por Medio del Programa de

Confiere el presente Certificado a

María Camila Marcelino Rada

C.C. N° 1.081.831.070 de Fundación, Magdalena

Quien asistió al Diplomado

Profundización En Psicología Organizacional y del Trabajo

y aprobó los módulos del mismo

Con una intensidad de 96 horas

En fe de lo cual se expide el presente Certificado en Barranquilla, a los **8 días del mes de Mayo de 2021**

Director De Posgrado

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

MARIA CAMILA MARCELINO RADA

Con Documento de Identidad No 1081831070

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN - 23 DE SEPTIEMBRE DE 2023 AL 27 DE OCTUBRE DE 2023

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020231027

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 231027A-419868

www.politecnicodecolombia.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO

CERTIFICADO LABORAL

FECHA	24 /07/2023
CIUDAD	STA MTA
LUGAR DE REALIZACION	SANTA MARTA
NOMBRE	MARIA CAMILA MARCELINO RADA
C.C.	1.081.831.070
MOTIVO DE EVALUACION:	EXAMEN MEDICO PARA INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INGRESO	X	PERIODICO		RETIRO	TRABAJO ALTURAS:
NOMBRE DE LA EMPRESA	PARTICULAR				

CARGO U OFICIO A DESEMPEÑAR: PSICOLOGA

CONCEPTO: NO TIENE CONTRAINDICACIÓN PARA EL CARGO

DIAGNOSTICO: EXAMEN FISICO NORMAL

APTO: X NO APTO

APTO CON RESTRICCIONES:

Recomendaciones: Estilos de vida saludables.

APLAZADO POR

EXAMENES NORMALES

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE MEDICO: JUAN BAUTISTA CONTRERAS BRITTO

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Resolución: 0629 DE 06/04/2017

RM 854 SSD

NOTA: Autorizo para que esta información sea diligenciada por Juan Contreras Britto, custodie mi historia clínica y suministre el certificado.

Hospital San Rafael E.S.E

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA | ¡RESULTADOS DEL CAMBIO!

Para verificación cite los siguientes datos
Certificado No.: CL2023HSR00977
Fecha: 2024-02-20 10:20:50

LA SUSCRITA RESPONSABLE DEL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA

CERTIFICA:

Que, una vez revisada la base de datos de la presente entidad, se pudo evidenciar que la señora **MARIA CAMILA MARCELINO RADA** identificada con la Cedula de Ciudadanía No. **1081831070** , ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios con esta entidad:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
PIC-42-2023	2023-08-01	2023-09-30	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
PIC-67-2023	2023-10-01	2023-10-31	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
PIC-98-2023	2023-11-11	2023-11-30	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
PIC-124-2023	2023-12-05	2023-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Fundación - Magdalena el día (20) del mes de Febrero de 2024.

Atentamente,

HOSPITAL D/TAL SAN RAFAEL E.S.E GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
TALENTO HUMANO

PAOLA ORTEGA MORALES
Responsable Talento Humano
th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

Elaboró: SAMIR YUBRAN GARCIA

Metrosalud

Empresa Social del Estado - METROSALUD
NIT 800.058.016 - 1
LA DIRECCIÓN OPERATIVA DE CONTRATACIÓN
HACE CONSTAR

Alcaldía de Medellín

QUE EL SEÑOR (A) **MARIA CAMILA MARCELINO RADA**

IDENTIFICADO CON CEDULA **1081831070**

Ha suscrito contratos de prestación de servicios asi:

Contrato	Objeto	Programa	Fecha Inicio	Fecha Final	Valor Contrato
1558-2023	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROFESIONAL PSICOLOGIA PARA OPERAR LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN SU COMPONENTE EXTRAMURAL EN EL MARCO DEL MODELO DE ACCIÓN INTEGRAL TERRITORIAL /MEDELLÍN ME CUIDA SALUD.	Maite Medellin me cuida Salud	1/02/2023	31/05/2023	18,900,000

Hace parte integral del siguiente certificado el anexo técnico (las obligaciones pactadas) del contrato Los honorarios son cancelados mensualmente de conformidad con los servicios prestados en el respectivo período. La presente constancia se expide a solicitud del interesado (a)

Se expide: 4/18/2023

CRISTIAN CAMILO CONDE CASTRO
Director Operativo Contratación
Carrera 50 N° 44 - 27
Telefono: 5117505 - Ext. 1420

Para solicitud de certificados dirigirse a
contratosjuridica@metrosalud.gov.co

CORPOTEC DEL CARIBE	CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS Y PEDAGÓGICOS DEL CARIBE
	LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO N° 100 DEL 18 DE FEBRERO DE 2014 SIET- REGISTRO DE PROGRAMAS N° 321 DE 2014 Y 819 DE 2017
	CERTIFICADO DE LABORAL

CERTIFICACIÓN LABORAL

La suscrita coordinadora de la **CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS Y PEDAGOGICOS DEL CARIBE "CORPOTEC"** NIT. 900505258-6, APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN 100 DE FEBRERO DE 2014 EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL.

CERTIFICA:

Que **MARIA CAMILA MARCELINO RADA,** identificada con cedula de ciudadanía No 1.081.831.070 de Fundación, laboró en esta institución en el cargo de PSICOLOGA .

Vinculado por prestación de servicios.
Fecha de ingreso 3 de enero de 2022 hasta 15 de diciembre de 2022.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada el día 22 de diciembre de 2022.

SHIRLEY ZAMBRANO RACINES
Coordinadora

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
I. E. ESCUELA NORMAL SUPERIOR NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA
RESOLUCIÓN N° 2139 de diciembre 03 de 1999
RESOLUCIÓN N° 000475 de enero 23 de 2019
Nit: 890 105 333-9 - DANE: 108634000025
SABANAGRANDE – ATLÁNTICO

Sabanagrande, 6 de agosto de 2021

Señores:

CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA C.U.C

NORIS NAVARRO YEPES

Coordinadora dePrácticas Universitarias

Vicerrectoría de Extensión

Asunto: Reconocimiento al proceso de Prácticas Universitarias

Reciba un cordial saludo,

La presente tiene como fin, darles a conocer el excelente resultado del proceso de Prácticas Universitarias de la Corporación Universidad de La Costa CUC con nuestra empresa I.E.E.N.S Nuestra Señora de Fátima, en donde se reconoce el compromiso del estudiante **MARIA CAMILA MARCELINO RADA** del programa de Psicología. Siendo los aportes más importantes durante su periodo de práctica: por la capacidad de escucha e iniciativa frente a las responsabilidades de acompañamiento, el interés por los nuevos aprendizajes, la capacidad de trabajo en equipo.

Fecha de inicio: 8 de febrero 2021

Fecha final: 6 de agosto de 2021.

Esperamos que sigan proyectando profesionales de alta calidad.

Atentamente.

Hna. Gloria P. Marín Ossa
Rectora.

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Maria Camilo

Apellidos: Marcelino Rado

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

Número de documento: 1081831070

Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 02 Año 1998

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	24-7-23	330204	Clínica Barrios
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	24-7-23	220500 9224	Gizamina.e
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	24-7-23	230047	Clínica Barrios
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Certificado internacional de la vacunación o de la profilaxis

International certificate of vaccination or prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certifica que (nombre)

María Camila Marcelino Pada

This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento

10-feb-1998

date of birth/ né(e) le

Sexo

F

Sex/ de sexe

Nacionalidad

colombiana

nationality/et de nationalité

Documento nacional de identificación

1.081.831.070

national identification document/ document d'identification national

Vacuna o profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Signature et titre du clinicien responsable*
Antiamarilica	20-11-13	

Cuya firma aparece a continuación:

María Camila Marcelino R.

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against
a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre

Fiebre Amarilla

nombre de la enfermedad / name of disease or condition / nom de la maladie ou de l'affection

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional

In accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido		Sello oficial del centro de vacunación
	desde:	hasta:	
Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	*Certificate valid*		*Official stamp of the administering centre*
	from	*until*	
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	*Certificat valuable*		*Cachet officiel du centre habilité*
	à partir du	*jusqu'au*	
HSYPOSANOFI	20-11-13		

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Maria Camila
Apellidos: Marcelino Rada
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 1081831070
Fecha de nacimiento: Día 10 Mes 02 Año 1998

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	26 JULIO 21	Janssen	213A21A	Paz del Rio	Yaneth Dp Avila	RS 4249
	2		— Dosis Unica —				
	DT	7-04-21	PFIZER	AA6853	paz del rio	DORIS DIAZ	1718

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-03-15 14:53

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	CAMILA	MARCELINO	RADA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1081831070

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Dirección	[" CALLE 16 - 5A 46 BARRIO SAN BERNARDO"]
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:

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]

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:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1081831070
Nombres:	MARIA CAMILA
Apellidos:	MARCELINO RADA
No. de Carnet:	0C9797741DAAF47FEB111D828F3BAE0E
Tipo de afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Fecha de afiliación:	2021-08-10
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Subsidiado
IPS:	
Departamento - Municipio:	MAGDALENA-FUNDACION
Nivel Sisben:	1

VIGILADO Supersalud

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el sábado, 16 de marzo de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el martes, 16 de abril de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD *En Pos de tu bienestar*

No. De Radicación	Fecha de Radicación
00035400	18 03 2024

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Tramite	2. Tipo de Afiliacion	3. Regimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
MARCELINO (Primer apellido)	RADA (Segundo apellido)	MARIA (Primer Nombre)	CAMILA (Segundo Nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1081831070	Femenino [X] Masculino [ ]	10 02 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
COLMENA	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
CL 13 9-89 (Dirección)	Teléfono Fijo	3212245472 (Teléfono celular)	Psic.mariamarcelino@gmail.com (Correo electrónico)

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
FUNDACIÓN	Urbana [X] Rural [ ]		MAGDALENA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue o compañero (a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición	
			E	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	18032024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: [ ]

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA MARCELINO RADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.831.070**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1081831070 **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 18/03/2024 09:56 AM

Código Verificación: **YF7D4HR5BE**

Válida hasta: **16/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

FUNDACION,
MAGDALENA,
COLOMBIA,
A quien interese

17/03/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA CAMILA MARCELINO RADA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1081831070**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488433367056**
Fecha de apertura	**22/08/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA