FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MOSQUERA	VELASCO	INGRID KATHERINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1004492485	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 20 MES 10 AÑO 2002	Rionegro			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	HUILA
DEPTO	HUILA	MUNICIPIO	ÍQUIRA		
MUNICIPIO	ÍQUIRA	TELÉFONO	3161080744	EMAIL	katemosquera15@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2020
										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).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - IQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3161080744	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ATENCION PRIMARIA EN SALUD APS						*DIRECCIÓN* CALLA 25 16					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 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 Katherine Mosquera

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.492.485
MOSQUERA VELASCO

APELLIDOS
INGRID KATHERINE

NOMBRES
Katherine Mosquera

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-2002
IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-DIC-2020 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1904600-01201555-F-1004492485-20210114 0073100092A 1 8501207521

Gobernación del
MAGDALENA

RESOLUCIÓN No. 47 2662 DE 16 JUL 2024

"Por la cual se registra un título"
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de octubre de 2007 y el Decreto 4192 de noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.492.485, expedida en Iquira, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE - CBN, con Acta de Grado No.12-9010-24 de 06 de julio de 2024.

Que con la solicitud el(la) señor(a) INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) **Acta de grado**, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor(a) **INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

RESUELVE:

ARTICULO ÚNICO: Autorizar a **16623** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.492.485, expedida en Iquira, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 16 JUL 2024

DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena.

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Aprobó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Proyectó y Revisó	Yolenis Ponzon Martinez	Contratista	

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.

E.S.E. Hospital María Auxiliadora de Íquira "Íquira se transforma en salud con calidad y humanización"	E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE ÍQUIRA NIT 891.103.968-1	mipg modelo integrado de planeación y gestión
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VERSIÓN: 02
	CERTIFICADO	FECHA DE EMISIÓN: 23/08/2024
		CÓDIGO: GTH-FO-61

LA SUSCRITA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE ÍQUIRA- HUILA

CERTIFICA:

Que la señora INGRID KATERINE MOSQUERA VELASCO, identificada con cédula de ciudadanía N°1.004.492.485 del Municipio de Iquira - Departamentos del Huila, ha suscrito el siguiente contrato de prestación de servicios con la E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE ÍQUIRA- HUILA, durante la vigencia 2024, así:

N° CONTRATO	OBJETO	TIEMPO DE EJECUCIÓN
145-2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL PROGRAMA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA RESOLUCIÓN N° 1214 DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN LA ESE HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE IQUIRA- HUILA.	DESDE EL 15 DE AGOSTO DE 2024 HASTA EL 28 DE DICIEMBRE DE 2024.

La presente certificación se firma en el despacho de la Gerente de la Empresa Social del Hospital María Auxiliadora de Iquira - Huila a los cuatro (04) días del mes de febrero del año dos mil veinticinco (2025), a solicitud de la interesada.

DIANA MARCELA OROZCO MEÑACA
Gerente

ACTA DE GRADO 12-9010-24

EL SUSCRITO RECTOR DE LA
CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE

CERTIFICA

Que: El Consejo Directivo en su sesión del día veintiséis (26) de junio de dos mil veinticuatro (2024), en cumplimiento de lo establecido en los artículos 42 y 90 de la Ley 115 de 1994, en el Artículo 2 de la Ley 1064 de 2006 y en el Decreto 1075 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que: **INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO**, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.004.492.485 expedida en Iquira, cumplió con todos los requisitos legales e institucionales para la culminación satisfactoria de sus estudios,

RESUELVE

Otorgarle el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias
que lo acredita como Técnico Laboral en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Intensidad 1800 horas
Resolución de Aprobación N° 0839 de 2018 S.E.D.

En nombre y representación de la Corporación Bolivariana del Norte y previo juramento de rigor, en solemne ceremonia de grado, el Rector hizo entrega del Diploma correspondiente, registrado en el Libro de Actas de Grado N° 12, Folio N° 9010.

En testimonio de lo anterior se firma la presente en el Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta, el día seis (6) de julio de dos mil veinticuatro (2024).

CARLOS QUINTERO LOZANO
Rector

icontec ISO 9001 SC-CER514736
IQNet CO-SC-CER514736
icontec NTC 5555 FT-CER514737

Institución Educativa Kue Dsi'j

Rionegro, Iquira – Huila

Dane 241357000693 Nit. 813.011.028-2

ACTA DE GRADO INDIVIDUAL No. 15

En Rionegro Iquira - Huila, a los 30 días del mes de Noviembre de 2020, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del grado undécimo, el Suscrito Rector y Secretaria, en la Rectoría de la Institución Educativa **KUE DSI'J,** Decreto de organización de la Institución Educativa No. 1488 del 26 de Noviembre de 2002 y reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación Departamental, según Resolución No. 2643 del 19 de Mayo de 2016.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los graduandos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, más el cumplimiento de Servicio Social y las 50 horas de Constitución Política de Colombia, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación.

Ingrid Katherine Mosquera Velasco

D.I. No. 1004492485 de Iquira - Huila

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 15 del treinta (30) de Noviembre de 2020, que consta de catorce (14) estudiantes, que comienza con el nombre de **CHACA IQUINAS SHIRLY JHAZMIN** y cierra con el nombre de **VILLANO CHINDICUE ZULMA BEATRIZ.**

Firmada y sellada por **DAVID ANTONIO CUETETUCO** (Rector) y **MELBA MOSQUERA ESCOBAR** (Secretaria).

En constancia se firma la presente de acuerdo a las Leyes y Normas vigentes.

Dado en Rionegro, Iquira – Huila, a los 30 días del mes de Noviembre de 2020.

David Antonio Cuetetuco

C.C. No. 7.685.022 de Neiva H.
Rector

Melba Mosquera E

Melba Mosquera Escobar

C.C. No. 38.142.196 de Ibagué
Secretaria

La República de Colombia

Y en su nombre la

Institución Educativa Kue Dsij

Municipio de Rionegro, Iquira (Huila)

Según Resolución de Aprobación de Estudios

No. 2643 del 19 de Mayo de 2016

DANE 241357000693 - NIT 813011028-2

Confiere a:

Ingrid Katherine Mosquera Velasco

T.I. No. 1004492485 de Iquira - Huila

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cumplido con el Plan de Estudios, haber alcanzado los objetivos de formación y adquirido los reconocimientos legales o reglamentariamente definidos en el PEC y establecidos en el Marco de Sistema Indígena de Educación Propia - SIEP correspondientes al Nivel de Educación Media

Acta General de Graduación

No. 15 Libro 01 Folio 31 del 30 de Noviembre de 2020

Dado en Rionegro, Iquira - Huila,
a los 30 días del mes de Noviembre de 2020.

David Antonio Cueteluco
C.C. No. 7.685.022 de Neiva H.
Rector

Melba Mosquera E

Melba Mosquera Escobar
C.C. No. 38.142.196 de Ibagué
Secretaria

República de Colombia

La Corporación Bolivariana del Norte

Personería Jurídica No. 197 de 1995 - Gobernación del Magdalena

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional

Certifica que

Ingrid Katherine Mosquera Velasco

CC 1004492485 Iquira

Cumplió con todos los requisitos institucionales para recibir el Diplomado en

Reanimación Cardio Pulmonar

Intensidad: 80 Horas

En testimonio de lo expuesto se expide en Santa Marta, Magdalena, a los

6 días del mes de Julio de 2024

Rector

Secretario General

Director del Diplomado

Registrado en el Folio No. 7095 del Libro de actas No. 07 Fecha 06/07/2024

6263

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO

C.C 1.004.492.485

Aprobó el Curso

SOPORTE VITAL BASICO – BLS/DEA

Realizado los días 27 y 28 de Julio de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los veintiocho (28) días del mes de Julio de dos mil veinticuatro (2024) F.V Julio 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R-4598120824

2024

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO

C.C 1.004.492.485

Aprobó el Curso

ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Realizado los días 10 y 11 de Agosto de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los once (11) días del mes de Agosto de dos mil veinticuatro (2024). F.V Agosto 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R-4600120824

2024

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO

C.C 1.004.492.485

Aprobó el Curso

TOMA Y TRANSPORTE DE CITOLOGIA CERVICO-UTERINA

Realizado los días 03 y 04 de Agosto de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los cuatro (04) días del mes de Agosto de dos mil veinticuatro (2024). F.V Agosto 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R-459912024

2024

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)

Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO

C.C 1.004.492.485

Aprobó el Curso

ATENCION PREHOSPITALARIA - APH

Curso realizado los días 10 y 11 de Mayo de 2025 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los once (11) días del mes de Mayo de dos mil veinticinco (2025).

F.V 05-2027

ANGIE LIZETH NOSCUE NUÑEZ
Representante Legal
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R 202505-163303

CORPORACION BOLIVARIANA DEL NORTE

LA SUSCRITA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE LA CORPORACIÓN BOLIVARIANA DEL NORTE

CERTIFICA QUE:

MOSQUERA VELASCO INGRID KATHERINE, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.004.492.485 de Iquira, cursó y aprobó en nuestra Institución el programa de Auxiliar en Enfermería, el cual tiene una duración de tres ciclos semestrales y 1.800 horas de formación. La Egresada **MOSQUERA VELASCO INGRID KATHERINE** cumplió satisfactoriamente con sus **PRÁCTICAS FORMATIVAS EN SALUD** establecidas por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social, demostrando buen comportamiento, excelente desempeño y eficiencia en los diferentes escenarios de práctica relacionados a continuación:

COMPETENCIA ASOCIADA	ELEMENTO DE COMPETENCIA ASOCIADO / ACTIVIDADES CLAVES	ÁREA DE FORMACIÓN	ENTIDAD	ESCENARIOS DE PRÁCTICA	HORAS
23010126 Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización	1. Proporcionar medidas de seguridad	Humanización en Salud - Seguridad del Paciente	HUJMB ESE CCO Laboratorio Gamma Clínica Avidanti	CBN Servicios Asignados	30
Técnicas de Estudio		Comunicación Oral y escrita	HUJMB ESE CCO Laboratorio Gamma Clínica Avidanti	CBN Servicios Asignados	30
Inducción a la institución educativa y valores institucionales.	Inducción general, Inducción a prácticas, pre practicas	Prácticas clínicas institucionales	HUJMB ESE CCO Laboratorio Gamma Clínica Avidanti	CBN Servicios Asignados	18
230101267 Asistir personas según protocolos de primer respondiente y normativa de salud	1. Asegurar el escenario 2. Prestar atención básica s.	Atención Prehospitalaria	CBN	Simulación Técnicas de APH Laboratorios CBN	21
230101261 Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización.	1. Adecuar condiciones de atención 2. Brindar medidas de confort 3. Proporcionar medidas de seguridad 4. Acompañar procesos de nutrición-eliminación	Salud Familia y Comunidad	Comunidad de Bastidas	Centro de Atención Adulto Mayor Juan XXIII	42
230101258 Controlar infecciones de acuerdo con protocolos y normativa de salud	1. Caracterizar la condición clínica 2. Preparar el entorno 3. Aplicar protocolos.	Bioseguridad y Técnicas Asépticas	CBN HUJMB ESE CCO Clínica Avidanti Laboratorio Gamma	Simulación Técnicas de Asepsia y Antisepsia Laboratorios CBN Sala de Esterilización HUJMB sitio de rotación asignado	69
220601072 Asistir programa de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con procedimiento operativo	1. Caracterizar entorno laboral 2. Difundir información	Seguridad en el trabajo	CBN	Departamento de Seguridad en el Trabajo	21
30101306 Tomar muestras biológicas según protocolos y normativa técnica.	Preparar la toma Manejar dispositivos Disponer muestra	Laboratorio Clínico y ayudas diagnosticas	CBN Laboratorio Clínico Gamma	Laboratorio Clínico Diagnosalud	84
230101290 Asistir pacientes quirúrgicos de acuerdo con guías de manejo y normativa de salud	1. Disponer el preoperatorio 2. Atender el trans operatorio 3. Adecuar el post operatorio	Enfermería Ciclo Quirúrgica	Centro de Cirugía Ocular	Servicio de Quirófanos: Salas de Cirugía, Salas de Recuperación y Hospitalización en Atención al Post Operatorio Servicio de quirúrgica	48
230101260. Asistir personas según la etapa del ciclo vital y guías de manejo de salud	3. Determinar el tratamiento del adulto.	Cuidado de Enfermería al Adulto Joven y Adulto Mayor	Centro de Atención al Adulto Comunidad de Bastidas	Salas de Atención del Adulto Mayor y Centro de Atención al Adulto Mayor Comunidad de Bastidas	40
230101261 Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización.	2. Adecuar condiciones de atención 3. Brindar medidas de confort 4. Proporcionar medidas de seguridad 5. Acompañar procesos de nutrición-eliminación	Mantenimiento y Recuperación de las Funciones Anatomía	HUJMB Clínica Avidanti	Servicio de Hospitalización Urgencias	48 60
230101261 Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización	Adecuar condiciones de atención Brindar medidas de confort Proporcionar medidas de seguridad Acompañar procesos de nutrición- eliminación	Patología	HUJMB	Salas de Medicina Interna	48

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

Iniciar Sesión | Registrarse

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 *
1004492485

Primer Nombre
INGRID

Primer Apellido
MOSQUERA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6136

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-08-25→3:48:47 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1004492485	INGRID	KATHERINE	MOSQUERA	VELASCO	Vigente	Ver

SISPRO

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

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

Contacto

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

Terminos y condiciones

CERTIFICADO PERSONA NATURAL NO DECLARANTE DEL IMPUESTO DE RENTA Y COMPLEMENTARIO 2.025

Iquira, 26 de agosto de 2025

Señores

E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
Calle 2 No. 6-16
Iquira – Huila

Yo, Ingrid Katherine Mosquera Velasco, identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1004492485, con domicilio en RIONEGRO, manifiesto que NO estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre la renta y complementario por el año gravable 2024, debido a que:

1. NO soy responsable del impuesto a la venta –IVA-.
2. NO obtuve ingresos brutos superiores a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESO M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.023.
3. NO poseía un patrimonio bruto a diciembre 31 de 2.023 superior a CIENTO NOVENTA MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($190.854.000).
4. NO tuve consumos con tarjeta de crédito, compras y egresos totales, así como no tuve movimientos bancarios durante el 2023, por un valor superior a CINCUENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($59.376.500), durante la vigencia 2.023.

A continuación. relaciono datos de interés y la información de las personas a cargo:

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

Actividad económica (registrada en el Rionegro

Ingrid Katherine Mosquera Velasco

CC. No.1004492485

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: 2025-02-01 17:27

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
INGRID	KATHERINE	MOSQUERA	VELASCO

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1004492485

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: HUILA

Municipio: ÍQUIRA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: HUILA

Municipio: ÍQUIRA

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 MARIA AUXILIADORA - IQUIRA

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: HUILA

Municipio: ÍQUIRA

Dirección: ["CALLE 2 No. 6-16"]

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 año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$0,00

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

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:

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 24 de agosto de 2025, a las 21:04:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1004492485
Código de Verificación	1004492485250824210406

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 279021121

PIB
21:18:06

Bogotá DC, 24 de agosto del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004492485:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:15:59 PM horas del 24/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1004492485**
Apellidos y Nombres: **MOSQUERA VELASCO INGRID KATHERINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia,
Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/08/2025 09:37:12 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1004492485** y Nombre: **INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **122021298** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 15:21:40 horas del 25/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004492485,** Apellidos y Nombres **MOSQUERA VELASCO INGRID KATHERINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MARIA AUXILIADORA**, con NIT **891103968-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1004492485 **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 24/08/2025 09:41 PM

Código Verificación: **BHL9PXN14Q**

Válida hasta: **23/11/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIAS DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Iquira 26 de agosto de 2025

Señores

E.S.E. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

IQUIRA - HUILA

Certifico bajo la gravedad de Juramento YO, Ingrid Katherine Mosquera Velasco mayor de edad, natural de Rionegro Iquira -huila , Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.004.492.485 de Iquira (HUILA), CERTIFICO: Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, artículo 127 de la Constitución Nacional, artículo 18 de la Ley 1150 del 2007 y demás normas aplicables para contratar con el Estado y por consiguiente, con la E.S.E. Hospital María Auxiliadora de Iquira (H).

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,

Katherine Mosquera

INGRID KATERINE MOSQUERA

C.C. No.1004492485

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Ingrid Katherine Mosquera Velasco** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1004492485,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1004492485
NOMBRES Y APELLIDOS	Ingrid Katherine Mosquera Velasco
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/10/2002
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	29/05/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1004492485 INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO Desde 01/06/2025 - Vigente
CEDULA DE CIUDADANIA 1004492485 INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO Desde 12/02/2025 Hasta 16/04/2025
CEDULA DE CIUDADANIA 1004492485 INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO Desde 15/08/2024 Hasta 28/12/2024

Generado por jmbuyucue 26/08/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **INGRID KATHERINE MOSQUERA VELASCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1004492485,** se encuentra afiliado/a desde **22/05/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de agosto de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que INGRID KATHERINE MOSQU, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1004492485, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3161080744.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 13 días de Agosto del año 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 18210171

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141059164671

(415)7707212489984(8020) 000014105916467 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 4 4 9 2 4 8 5	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

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 0 4 4 9 2 4 8 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Quira 3 5 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOSQUERA	VELASCO	INGRID	KATHERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 21 5 A 59 CORR TAGANTA SEC DUNCA RINCA

42. Correo electrónico: katemosquera15@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 1 0 8 0 7 4 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 4 0 7 0 9	7 4 9 0	2 0 2 4 0 7 0 9					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2024 - 07 - 09 / 11 : 57: 2

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: Ingrid Katherine M.V

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUETIO HURTADO GUEILY MARIA

985. Cargo Analista IV

Documento firmado digitalmente

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero...!!
Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.203

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	08 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MOSQUERA VELASCO INGRID KATHERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	21 AÑOS 9 MESES 13 DÍAS	CC	1004492485
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	
	OTROS : SVE RIESGO BIOLOGICO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
A631G1M35203

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MOSQUERA VELASCO INGRID KATHERINE

CC: 1004492485

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: Ingrid

Apellidos: Mosquera Velasco

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

Número de documento: 1004492485

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 10 Año 2002

				Nombre vacunador
[illegible]	Única			
[illegible]	Única			
[illegible]	1			
	2			
[illegible]	3			
	4			
	5			
[illegible]	1			
	2			
[illegible]	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	30/05/23	230049	Mana Brito
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Ingrid katherine

Apellidos: Mosquera Velasco

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

No. 1004492485

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 10 Año 2002

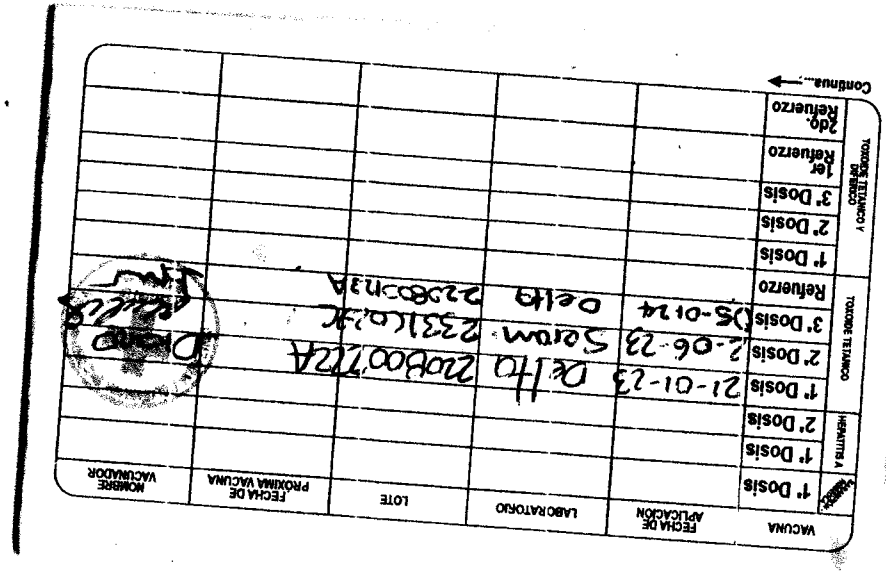
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	11-07-2021	Sinovac	202105002P	Hospital ma_auxiliado	Lina Maria Trujillo	1075296874
	2	13 octubre 21	Sinovac	C202106109	Hospital Ma. Aux	Edith Casas	1023026860

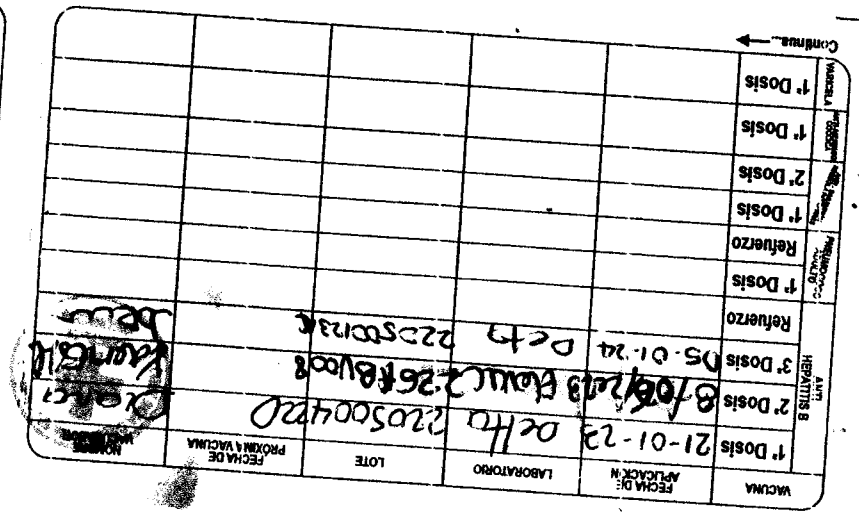
Cruz Roja Colombiana
Seccional Huila
NIT. 891.180.262-7 TEL. 871 3008 Ext. 125

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL CV 26932

NOMBRE: Ingrid Katherine Mosquera
DOC. IDENTIFICACIÓN: 1004492485
FECHA DE NACIMIENTO: 20 octubre 2002
TELÉFONO:
SEXO: X

GS-VC-FO - 13V.1





VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE PRÓXIMA VACUNA	NOMBRE VACUNADOR
FIEBRE TIFOIDEA						
Refuerzo						
INFLUENZA GRIPE						
VPH	1ª Dosis					
	2ª Dosis					
	3ª Dosis					
OTRAS	T.A	21-01-23	Sanofi	V3M361V		Diana
	T.Viral	21-01/23	GSK	A69CF465A		Rosa A.
	T.Viral	05-01-23	GSK	A69CF581A		Lorena

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE PRÓXIMA VACUNA	NOMBRE VACUNADOR
ANTI HEPATITIS B	1ª Dosis	21-01-23	Delta	220500422D		Diana
	2ª Dosis	8/06/2023	Glaxo	2-26FB400B		Karen G.
	3ª Dosis	05-01-24	Delta	22250012A		Lorena
	Refuerzo					
PNEUMOCOCO POLIVALENTE	1ª Dosis					
	Refuerzo					
	1ª Dosis					
	2ª Dosis					
VARICELA	1ª Dosis					

Continua...

VACUNA		FECHA DE APLICACIÓN	LABORATORIO	LOTE	FECHA DE PRÓXIMA VACUNA	NOMBRE VACUNADOR
HEPATITIS A	1ª Dosis					
	2ª Dosis					
TOXOIDE TETANICO	1ª Dosis	21-01-23	Delta	220B007T2A		Diana
	2ª Dosis	2-06-23	Serum	2331C02JC		Karen G.
	3ª Dosis	05-01-24	Delta	22280013A		Lorena
	Refuerzo					
TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO	1ª Dosis					
	2ª Dosis					
	3ª Dosis					
	1er Refuerzo					
	2do. Refuerzo					

Continua...