



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Guarin</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Guavita</u>	NOMBRES <u>Rosa Angelica</u>		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1122738977</u>		SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____				
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>11</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1996</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>meta</u> MUNICIPIO <u>Acacias</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>NZ D Casa 21 Nueva Jerusalem</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>meta</u> MUNICIPIO <u>Acacias</u> TELÉFONO <u>3224637355</u> EMAIL <u>guaritaangelica@gmail.com</u>		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)												
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Académico</u>		
PRIMARIA										FECHA DE GRADO		
SECUNDARIA										MES <u>12</u> AÑO <u>2007</u>		
MEDIA												
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X		
EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA: TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA), ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA 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 NO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO				TERMINACIÓN MES AÑO		No. DE TARJETA PROFESIONAL		
<u>TC</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar en enfermeria</u>				<u>12</u>	<u>2022</u>	<u>A44154</u>		
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

Rosa Guarín
1122738977

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Municipal de Acacias E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Meta	MUNICIPIO Acacias	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospital.deacacias@hospital.deacacias.gov.co	
TELÉFONOS 3212302711	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Aux. Enfermería.	DEPENDENCIA Urgencias.	DIRECCIÓN Dg 15 # 26-21	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SUBREO integrada de servicios de Salud centro oriente E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3045952363	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 01 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 11 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Aux. Enfermería.	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Dg 34 # 5-27.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SUBREO integrada de servicios de Salud centro oriente E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3045952363	FECHA DE INGRESO DÍA 21 MES 01 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Aux. Enfermería.	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Dg 34 # 5-27	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SUBREO integrada de servicios de Salud centro oriente E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3045952363	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 03 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 01 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Aux. Enfermería.	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Dg 34 # 5-27	

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

Rosa Guarin
1122 138977

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	1

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 Acacias, 22 abril 2026

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

Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2026-04-20 08:22

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ROSA	ANGELICA	GUARIN	GUAVITA

Documento de identificación

Tipo CEDULA DE CIUDADANIA Número 1122138977

Lugar de nacimiento

País COLOMBIA Departamento META Municipio ACACÍAS

Lugar de domicilio

País COLOMBIA Departamento META Municipio ACACÍAS

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 MUNICIPAL DE ACACIAS

Lugar de sede

País COLOMBIA Departamento META Municipio ACACÍAS

Dirección ["DIAGONAL 15 No 26-21 SAN JOSE"]

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 2025 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	\$25.200.000,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$25.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

Rosa Angelica Guarin Guarita

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.122.138.977

GUARIN GUAVITA

APELLIDOS

ROSA ANGELICA

NOMBRES

Rosa Guarin

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1996

ACACIAS
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

12-MAY-2014 ACACIAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01290162-F-1122138977-20220412

0078749711A 2

8504149030

Rosa Guarin
1122138977

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141247309250



(415)7707212489984(8020) 000014124730925 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 1 2 2 1 3 8 9 7 7

8

Impuestos y Aduanas de Villavicencio

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 1 2 2 1 3 8 9 7 7

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Meta

5 0

30. Ciudad/Municipio

Acacías

0 0 6

31. Primer apellido

GUARIN

32. Segundo apellido

GUAVITA

33. Primer nombre

ROSA

34. Otros nombres

ANGELICA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Dígito

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Meta

5 0

40. Ciudad/Municipio

Acacías

0 0 6

41. Dirección principal

MZ D CA 21 BRR NUEVA JERUSALEN

42. Correo electrónico

guavitaangelica64@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 4 6 3 7 3 5 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 9 9

2 0 1 7, 0 8, 2 9

0 0 1 0

2 0 2 3, 0 1, 0 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código

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

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

2026-04-23 / 01:22:20PM

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:

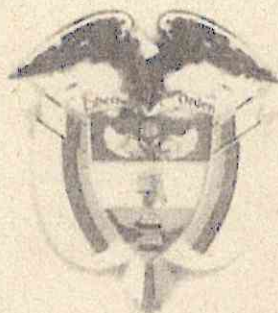
ROSA GUARIN

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DIAZ GOMEZ ISRAEL ESNEIDER

985. Cargo Gestor



La República de Colombia
Y en su nombre el
**Gimnasio Interactivo
Kaizen**

Autorizado por la Secretaría de Educación de Villavicencio Meta
según Resolución No. 3338 del 6 de Diciembre de 2007
Lic. de funcionamiento de Noviembre 22 de 2005

Confiere a:

ROSA ANGELICA GUARINGUAVITA
C. C. 1122138977 De Acacias (Meta)

El título de

BACHILLER ACADÉMICO

Bajo resolución No. 1500 del 23 de Agosto de 2011

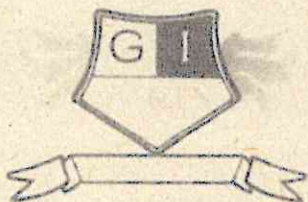
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes según los
planes y programas vigentes.

Fabio Andrés Soto Yate
C. C. 89.683.567 de Villavicencio

Rector (a)

Zulay T. Suza T.
C. C. 40.347.302 de Villavicencio

Secretario (a)



ANOTADO FOLIO No. 27 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 17
DADO A LOS 29 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 2015

No se requiere registro según Decreto No. 1921 del 6 Mayo de 1994.
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2130 del 3 de Diciembre de 1993
de la Presidencia de la República.

Rosa Guarín
1122138977



Acta Individual de Grado Gimnasio Interactivo KAIZEN

Autorizado por la Secretaría de Educación de Villavicencio Meta
según Resolución No. 3338 del 6 de Diciembre de 2007
Lic. de funcionamiento de noviembre 22 de 2009

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación básica y media académica se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

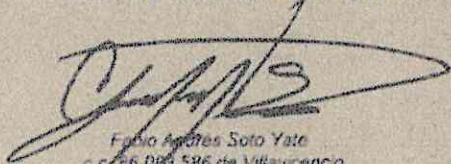
Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA
C.C. 1122138977 de Acacias (Meta)

En la ciudad de Villavicencio, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de 2015 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado once, los suscritos rector y secretario del GIMNASIO INTERACTIVO KAIZEN, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación media académica y autorizada para otorga el título de BACHILLER ACADÉMICO, según resolución No. 3338 del 6 de Diciembre de 2007.

Es fiel copia tomada del acta original General No. 17, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de 2015, que consta de 193 estudiantes comienza con el nombre de DUBIAN ESTEVAN AGUDELO CASTAÑEDA y termina con el nombre de ANGEL DANIEL VIZCAINO GUIO.

Dado en Villavicencio - Meta, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de 2015.


Fabio Andres Soto Yate
c.c. 26.083.586 de Villavicencio
Rector


Lizbeth T. Suza T.
c.c. 40.342.302 de Villavicencio
Secretario Académico

Este documento registra la Resolución No. 3338 del 6 de Diciembre de 2007

El presente acta fue elaborada en Villavicencio el 22 de Noviembre de 2009

En la Dirección de la Institución

Diploma No. 27

Rosa Guarín
1122138977



República de Colombia

Centro de Capacitación

Cefap de la Caracas

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1993 del Ministerio de Salud

Registro Renovado No. 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución No. 1460 del 22 de mayo de 1996, Registro Renovado No. 13-0128 del 27 de Diciembre de 2016
de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional

a:

Rosa Angelica Guarín Guabita

Identificado(a) con C.C. No. 1.122.138.977 Expedida en: Barras

Quien cursó y aprobó el Programa de
Técnico Laboral por Competencias

Auxiliar en Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 10 de Diciembre de 2022



Directora

Secretaria



Eugenia Molano de Guerrero
Eugenia Molano de Guerrero

Doris Patricia Guerrero Molano
Doris Patricia Guerrero Molano

Registro Libro 2 Folio 129 Acta 57



REDMI NOTE 9S

AI CAMERA

www.cefapdelacaracas.com

Rosa Guarín
1122 138977



CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS



PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES EN ENFERMERÍA
APROBACIÓN OFICIAL



Acuerdo 013 de Diciembre 12 de 1995 Ministerio de salud- Registro Renovado
Acuerdo 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1460 de Mayo 22 de 1998 Secretaría de Educación - Registro Renovado
No 13-0128 de Diciembre 27 de 2016 de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá



ACTA INDIVIDUAL

Las suscritas Directora y Secretaria de CEFAP DE LA CARACAS - EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.

CERTIFICAN:

Que en el libro de Actas No. 2 Folio No. 129 se halla inscrita la presente Acta No. 57

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia el día 10 del mes de Diciembre de 2022 se celebró sesión solemne y pública bajo la Dirección de Efigenia Molano de Guerrero y actuando como Secretaria Doris Patricia Guerrero Molano, con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobando el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas

A:

Guarín Guavita Rosa Angelica C.C No 1.122.138.977 de Acacias.

Se tomó juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del ejercicio como Auxiliar en Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los 10 días del mes de Diciembre de 2022 del Acta General de Grados No 57 que comienza con el nombre Acuña Martínez Paula Yuleth y termina con el nombre de Villalobos Rico David Alexander.

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

Calle 52 N° 15-88 Tel: 256 93 53 / 249 68 53

Resolución No A44154 del día 21 del mes de Febrero del año 2023
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y:

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122138977, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS, el día 2022-12-10, con el acta 57, registrado en el libro 2, Folio 129, año 2022;

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

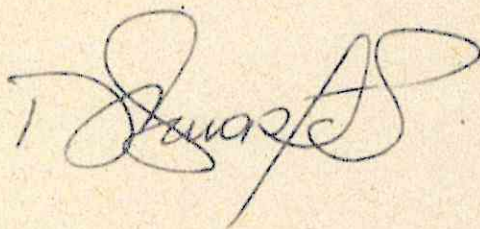
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122138977, para ejercer la profesión/ocupación de AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122138977, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA, identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122138977, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 21 días del mes de Febrero del año 2023.



DORA DUARTE PRADA
Subdirector (a) Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud.
Código de verificación: pE69NssavG

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



Rosa Guarín
1122138977

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre
Cedula de Ciudadania	1122138977	
Primer Apellido	Confirme los números de la Imagen *	
		
		
	Cambiar	
	6530	
	Verificar Registro en ReTHUS	
	Limpiar	

Resultado General -2026-04-15 -5:06:46 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	1122138977	ROSA	ANGELICA	GUARIN	GUAVITA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA identificado(a) con CC 1122138977 registra La siguiente información:

2026-04-15 -5:06:46 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2023-02-21	44154	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Rosa Guarín
1122138977

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7**

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) **ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA**, identificado(a) con CC. No. 1122138977, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 2555 2025:

Fecha Inicio: 02/01/2025

Fecha Terminacion: 08/11/2025

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. prestar el servicio de conformidad con la asignacion de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas .2. realizar actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demas actividades que se deriven del proceso de enfermeria. 3. notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.4. informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 5. revisar la historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolucion diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente. 6. diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion. 7. cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales. 8. responder por los inventarios, realizar control, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o area donde se encuentre desarrollando las actividades. 9. ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana segun politica institucional de humanizacion . 10. mantener la reserva y confidencialidad de la informacion clinica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolucion 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institucion.11. realizar asesorias pretest y pruebas rapidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales segun solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes . 12. realizar busqueda activa de poblacion clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnostico (pruebas rapidas) 13. notificar casos nuevos (sivigila) 14. promover, participar en jornadas de tamizaje de poblacion en riesgo, en las diferentes unidades y servicios; realizando registros estadisticos de las asesorias para los informes mensuales.15. portar el carnet institucional de la subred durante la ejecucion de las

actividades contractuales.16. solicitar, alistar, entregar, custodiar y retornar limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional.17. prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, realizando actualización de bases de datos y informes para entrega según fechas estipuladas por la sub red para seguimiento y monitoreo de cohortes., asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, y demás procedimientos, dentro de los parámetros de calidad, definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la subred. 18. cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología. 19. realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente.20. apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. 21. organizar el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno. 22. ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas 23. velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.24. responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirúrgica para la elaboración de paquetes teniendo en cuenta las tareas de autoclaves de esterilización en cuanto acomodación de la carga en la cámara, colocación diaria de test bowie & dick y el monitoreo del proceso de validación de cada carga y registro en los formatos correspondientes. 25. diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio.26. dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas.27. apoyar el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.28. realizar acompañamiento al profesional de enfermería en la revisión mensual del carro, , secuencia y verificación candelados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. desfibrilador según protocolo institucional.

Contrato PS 2447 2024:**Fecha Inicio: 21/01/2024****Fecha Terminación: 31/12/2024**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Prestar el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas .2. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería. 3. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.4. Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 5.

Rosa Guearin
1122138977

Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente. 6. Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 7. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 8. Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. 9. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización. 10. Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución. 11. Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes. 12. Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico (pruebas rápidas) 13. Notificar casos nuevos (SIVIGILA) 14. Promover, participar en Jornadas de tamizaje de población en riesgo, en las diferentes unidades y servicios; realizando registros estadísticos de las asesorías para los informes mensuales. 15. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 16. solicitar, Alistar, entregar, custodiar y retornar limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional. 17. Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Realizando actualización de bases de datos y informes para entrega según fechas estipuladas por la sub red para seguimiento y monitoreo de cohortes., asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, y demás procedimientos, dentro de los parámetros de calidad, definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred. 18. Cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología. 19. Realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente. 20. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 21. Organizar el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno. 22. Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas 23. Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 24. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirúrgica para la elaboración de paquetes teniendo en cuenta las tareas de autoclaves de Esterilización en cuanto acomodación de la cargas en la cámara, colocación diaria de test Bowie & Dick y el monitoreo del proceso de validación de cada carga y registro en los formatos correspondientes. 25. Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio. 26. Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 27. Apoyar el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 28. realizar acompañamiento al profesional de enfermería en la revisión mensual del carro, , secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura

y descarga. Desfibrilador según protocolo institucional.

Contrato PS 4930 2023:

Fecha Inicio: 22/03/2023

Fecha Terminacion: 20/01/2024

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

1. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad. 2. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. 3. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocolo institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital. 4. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento. 5. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. 6. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. 7. Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 8. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente. 9. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. 10. Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 11. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 12. Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. 13. Cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato. 14. Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. 15. Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales. 16. Realizar la toma oportuna de las muestras de laboratorio que requieran los pacientes con el fin de agilizar el tratamiento. 17. Asistir en la alimentación a los pacientes asignados conservando las precauciones establecidas según el caso. 18. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados de acuerdo al protocolo institucional. 19. Portar el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred. 20. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. 21. Impartir educación al paciente y a la familia sobre la guía de acogida, medidas de autocuidado, signos de alarma y los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente. 22. Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes. 23. Ejercer las actividades propias de la formación técnica de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. 24. Realizar el uso del uniforme de acuerdo al protocolo institucional.

Rosa Guarín
1122138977



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Pág. 5 de 5 del certificado CER-013454-2025

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 13 de Noviembre de 2025.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Diagonal 34 # 5-27, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

LUIS FERNANDO JOYA JOYA
Director de Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Nubia Sánchez Valencia – Secretaria

Revisó: Luis Fernando Joya Joya - Director de Contratación

Rosa Guarín
1122138977



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 Rosa Angelica Guarín Guavita, identificado(a) con CC número 1122138977, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1122138977
NOMBRES Y APELLIDOS	Rosa Angelica Guarín Guavita
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	11/03/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2021
FECHA DE 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	01/06/2021
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1122138977 ROSA ANGELICA
GUARIN GUAVITA Desde 01/01/2026 - Vigente CEDULA DE
CIUDADANIA 1122138977 ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA
Desde 01/05/2023 Hasta 30/11/2025



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT. 800.224.803-8

CERTIFICA QUE:

ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.138.977**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Rosa Guarín
1122138977

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 miércoles 15 de abril de 2026, a las 17:01:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1122138977
Código de Verificación	1122138977260415170148

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

Rosa Guarín
1122138977

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 294402507



PIB

17:02:19

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de abril del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122138977.

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 Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web:
<https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento 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.



Rosa Guann
1122138977



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:02:48 PM horas del 15/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1122138977

Apellidos y Nombres: **GUARIN GUAVITA ROSA ANGELICA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



Dirección: Avenida El Dorado #
75 - 25 barrio Modelia, Bogotá
D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
6169700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.arato;
atc@policia.gov.co

Rosa Guarín
1122138977



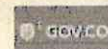
Presidencia



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/04/2026 05:03:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1122138977** y
Nombre: **ROSA ANGELICA GUARIN GUAUVITA.**

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. **138310190** . 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

515 9000

Rosa Guarín
1122138977



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



**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 17:03:57 horas del 15/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1122138977**,
Apellidos y Nombres **GUARIN GUAVITA ROSA ANGELICA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.** con NIT **892000264-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Rosa Guarín
1122138977



**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 1122138977 ~~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 20/04/2026 08:12 AM



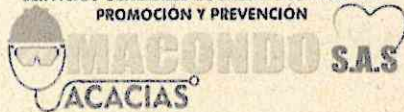
Código Verificación: GZ9H1DQYKB

Válida hasta: 19/07/2026

Dirección de Gobierno Digital

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

Rosa Guarin
1122138977



Nit. 900839534 - 8

Carrera 17 # 12 - 02 Esquina. Barrio Centro
Acacias - Meta
Cel. 321 290 4601
E-mail: so.macondo.sas@gmail.com

Código: SGM-SST-CMO-001
Versión: 001
Fecha: ENERO-01-2017



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 8,158

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
03	12	2025	ACACIAS (META, COLOMBIA)		
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES		
Nombre de la empresa			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)					
GUARIN GUAVITA ROSA ANGELICA			Genero	Edad	Hernoclasificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	26 AÑOS	O +
					CC
					1122138977
					Tipo
					Número
Cargos					
AUX DE ENFERMERIA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)					
Observaciones: CLINICAMENTE SANA					
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR ☒					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
				CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Dra. Claudia Diazgranados P C.C. 27 493 543 Medico y Cirujano UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA Especialista en Medicina del Trabajo Resolución 1712/2015			Rosa Guarín		
Firma:			Firma:		
Nombre: diazgranados florian claudia yolima			Nombre: GUARIN GUAVITA ROSA ANGELICA		
R. M.: 50 9590			CC: 1122138977		
L.S.O.: 2773/2015					

Rosa Guarín
1122138977

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Acacias (Meta), 22 abril 2026

Señores

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

Bajo la gravedad de Juramento YO, Rosa Angelica Guarín Guavita mayor de edad Identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1122138977, expedida en Acacias-Meta.

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 procesos de alimentos, 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, Ley 311 de 1996, y demás normas aplicables.

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

Atentamente,

Rosa Guarín

Cc. 1122138977

El presente documento no requiere ningún otro tipo de formalidad de conformidad a lo inserto en el artículo 25 de la ley 962 de 2005 modificado por el artículo 7 del decreto ley 019 de 2012.

Rosa Guarín
1122138977



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

12/11/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1122138977**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488436782194

Fecha de apertura

25/01/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Rosa Guarín
1122138977



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT. 892.000.264 - 4

PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024

Código: PE-SP1-FR-06

Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

1. Datos Generales

Primer Apellido	Guarin	Segundo Apellido	Guavita	Primer Nombre	Rosa	Segundo Nombre	Angelica
fecha de Nacimiento	11	03	1996	Lugar de Nacimiento	Acacias	Departamento	Meta
Sexo:	F ☐ M ☒	Tipo de Identificación	C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐	Número de Identificación	1122138977		
fecha de Expedición	12	05	2014	Lugar de Expedición	Acacias	Departamento	Meta
Nivel Educativo	Primaria ☐ Tecnológico ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Técnico ☒ Especialización ☐	Ocupación	Empleado ☐ Independiente ☒ Pensionado ☐				
Profesión/oficio	Aux. Enfermería Hospital Municipal de Acacias E-S-E					Nit	892000264-4
Tipo de Empresa	Pública		Cargo/Actividad	Aux. Enfermería		Antigüedad (años)	Pasatiempo
Por su cargo o actividad administra recursos públicos?		SI ☐ NO ☒	Tiene vínculos familiares o parentesco con Persona Públicamente expuesta?		SI ☐ NO ☒	Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general?	
Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público?		SI ☐ NO ☒	Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general?		SI ☐ NO ☒		

Si alguna de las anteriores es afirmativa por favor especifique:

Tipo de Vivienda	Propia ☐ Familiar ☒ Arrendada ☐ Estrato ☐	Nombre del Arrendador	Teléfono	Si la vivienda es arrendada	Antigüedad (Años)
Estado Civil	Soltero ☒ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐	Tiene Hijos?	SI ☒ NO ☐	Número de personas a cargo	1
Dato básico del cónyuge:		Nombre		Identificación	
Número de Hijos		1		Teléfono	

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Departamento
Cra 10 este 76 Sur 25		Bogota	Cundinamarca
E-mail Personal		Teléfono	Celular
guavitaangelica64@gmail.com			3224637355
Dirección Oficina	Barrio	Ciudad	Departamento
E-mail Oficina		Teléfono	Celular

Envío de Correspondencia Residencia ☒ Oficina ☐ Otra Cuál?

3. Datos Tributario

Responsable de IVA	Común ☐ Simplificado ☐ No Aplica ☒	Referencia Financiera	Personal/Familiar	Nombre	Maria Guavita
Tipo de Retención	Sujero a retención ☒ Retención especial ☐	Nombre de la Entidad	Parentesco	Mamá	
		Ciudad	Departamento	Ciudad	Departamento
		Acacias	Meta	Acacias	Meta
		Clase de producto o número de la cuenta	Dirección	Nueva Jerusalen	
		Ahorros	Teléfono	3224637355	

5. Operaciones Internacionales

Realiza operaciones en moneda extranjera	SI ☐ NO ☒	Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales
Tipo de Operaciones que normalmente realiza:		Por actividad principal	Cuotas Préstamos
Importaciones ☐ Pago servicios ☐ Inversiones ☐		2'580.000	100.000
Exportaciones ☐ Prestamos ☐ Ingresos por donaciones ☐		*Otros Ingresos	Gastos de Sostenimiento
Transferencias ☐ Cambio divisas ☐ Otros ☐		700.000	1.800.000
Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera	SI ☐ NO ☒	Total Ingresos Mensuales	Otros Gastos
Tipo de producto			300.000
Identificación del Producto			
Entidad		Total Egresos Mensuales	
Ciudad		2'200.000	
País		Total Activos	Total Pasivos
Moneda		11'000.000	3'000.000
			Total Patrimonio
			8'000.000

6. Información Financiera

*Explique Otros Ingresos cuota alimentaria.

Rosa Guarín



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E
NIT. 892.000.264 - 4

PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024

Código: PE-SP1-FR-06

Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

II. DECLARACION DE
ORIGEN DE LOS
FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, Leyes 190 de 1996 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras.

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)

Auxiliar en Enfermería.

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita

3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa e irrevocable al HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE para:

III. AUTORIZACIONES

1. Terminar cualquier relación en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a las entidades mencionadas anteriormente de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.

2. Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar a la Listas de Riesgo que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como Contratista o Funcionario del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE. La autorización se acoge al reglamento de la Centrales de Riesgo cualquier entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.

3. Suministrar esta información a cualquier una de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.

4. Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiere) y las entidades anteriormente mencionadas. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere autorización expresa de mi parte.

5. Que recolecten y entreguen la información tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencionadas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que sean aplicables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similares por otros estados.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE, de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACION

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es veraz y podrá ser confirmada por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE y me comprometo a entregar los documentos y soportes requeridos.

Firma

Nombre

Documento

Rosa Angelica Guarín Guarín
1122138977



Huella índice derecho

V. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificación de la Información

fecha

Nombre del Funcionario

Cargo:

Firma

Resultado de la verificación:

Diagonal 15 No 26-21 Barrio San José Celular: 3153347467 Correo Electrónico:

hospitaldeacacias@hospitaldeacacias.gov.co

Acacias - Meta

Rosa Guarín
1122138977



→ Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Editar

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Cargo Auxiliar de enfermería
Título Sra.
Nombre Rosa Angelica
Apellidos Guarín Guavita
Fecha de Nacimiento 11/03/1996 (UTC-5:00) Bogotá, Lima, Quito
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género Mujer
¿Tiene alguna discapacidad? ☐ Sí ☒ No
Nombre y apellido Rosa Angelica Guarín Guavita
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1122138977
Dirección Cr10 Este # 76 sur - 25
Código postal
Estrato 2
Ubicación Bogotá
País COLOMBIA
Correo electrónico guavitaangelica64@gmail.com
Teléfono
Celular 3224637355



Configuración

Usar configuración de mi
Entidad Estatal / Proveedor
Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta 3224637355
SMS para recuperar la contraseña 3224637355

Editar

Rosa Guarín
1122138977

REGISTRO DE PROVEEDORES

Se ha Registrado Tu Respuesta

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios

Rosa Guarin
1122138977



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: Rosa Angelica Guarín Guavita CC 1122138977 de Acacias - Meta

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

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-04-17
Fecha de vencimiento: 2028-04-17



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestrañoradelasesperanza.com.co

Rosa Guarín
1122138977

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70976 - 051880, Copnia

DEIBNE SIEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: Rosa Angelica Guarín Guavita CC 1122138977 de Acacias - Meta

zó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-04-19

Fecha de vencimiento: 2028-04-19



www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Rosa Guarín
1122138977



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

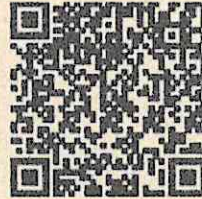
NIT 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: Rosa Angelica Guarín Guavita CC 1122138977 de Acacias - Meta

ó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2024-01-18

Fecha de vencimiento: 2026-01-18



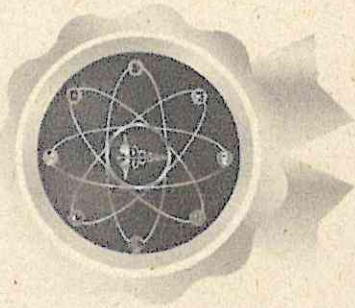
www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70976 - 051880 Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y
Desarrollo Humano -
Docente Especialista

Rosa Guarín
1122138977



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.122.138.977

Asistió al Curso de:

VICTIMAS DE LA VIOLENCIA Y CONFLICTO ARMADO (VCA)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA. ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ A LOS 29 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2025.

Carl

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Perez

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

Rosa Guarín
1122 138977

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

CONTINUAR

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA

C.C. 1122138977

En la finalización de los siguientes cursos:

- Manejo Integral y Humanizado del Dolor
- Discapacidad
- Conceptos Básicos en Cuidado Paliativos (CP)
- Abordaje Humanizado del Dolor Crónico a Nivel Ambulatorio
- Gestión del Duelo

Con una intensidad de 16 horas

Fecha de expedición: 17 de noviembre de 2025

Rosa Guarín
1122138977

Jairo Eduardo Torres Castañeda

C.C. 19.466.333

Médico Oficina de Calidad



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que: Rosa Angelica Guarín Guavita CC 1122138977 de Acacias - Meta

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

Verificación:



con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2026-04-21

Fecha de vencimiento: 2028-04-21



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ
CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051890 Copnia

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Rosa Guarín
1122138977



6e8bad12-d066-48c8-b32c-0a3c6f7750a

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Rosa Angelica Guarin Guavita

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

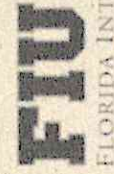
Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 75,00 %

29 de diciembre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Director



Robert Stempel
of Public Health
& Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNI

Rosa Guarin
1122138977

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/simplecertificate/verify.php?code=6e8bad12-d066-48c8-b32c-0a3c6f7750a>



UNIDAD DE VACUNA
PARTICULARES

U.V.P

Nombre:

Rosa Angelina

Apellidos:

Guarin Goavita

Documento
de Identidad:

CC 1122 138 997

Fecha de

Nacimiento: Día 11 Mes 03 AÑO 1996

CDMI NOTE 9S

Rosa Guarín
1122138997

Colombia

Esquema de Vacunación



VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



ID: 0753e780-Bap1-4416-a25b-7481ba3a8f09

Nombres y apellidos / Full name

ROSA ANGELICA GUARIN GUAVITA

Tipo de Identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 2 2 1 3 8 9 7 7

Fecha de nacimiento / Date of birth

11/03/1996

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3224637355

Correo electrónico / e-mail

GUAVITAANGELICA64@GAMIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail[illegible]

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

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

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

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAWEB**, according to the **Wide Program of Immunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.