

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.081.831.070
MARCELINO RADA
APELLIDOS
MARIA CAMILA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1998
FUNDACION
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
22-MAR-2016 FUNDACION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

R-2103100-01030999-F-1081831070-20180810 0062261199A 1 9905244780

Hospital San Rafael E.S.E.

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA

¡RESULTADOS DEL CAMBIO!

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

FIRMA: Maria Claudia Rovelino

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL (Auxiliares de enfermería, Enfermeras jefes, Instrumentadoras Quirúrgicas, Fisioterapeutas, Bacteriólogos, Psicólogos, Nutricionista, Médicos Generales y Especialistas) - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Cedula de Ciudadanía		
2	Lista de Chequeo firmada		
3	Capture de pantalla – Usuario Secop II (Pantallazo)		
4	Propuesta de Servicios		
5	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
6	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTORES**)		
7	RUT - Registro Unico Tributario (Del año Vigente)		
8	Hoja de Vida — Función pública (Sigep)		
9	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
10	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL -** Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo, Enfermeras, Fisioterapeutas **(fecha vigente –MES actual**).		
11	Convalidación de Titulo (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional. (Si aplica)**		
12	Resolución departamental para ejercer profesión		
13	Tarjeta Profesional (Si aplica)		
14	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
15	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos Generales**), desde **$400.000.000** millones de pesos (**Especialistas**) y desde **$100.000.000** millones de pesos. (**Auxiliares de enfermería, enfermeras jefes, fisioterapeutas, instrumentadoras quirúrgicas, Psicólogos, nutrición**)		
16	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
17	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO -** Auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
18	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras, Médicos, especialistas y auxiliares de enfermería **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
19	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
20	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS -** Médicos Generales y Especialistas.		
21	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTION DEL DUELO** (Enfermeras jefes, médicos generales, especialistas y Psicólogos)		
22	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **TOMA DE MUESTRAS** (Auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes)		
23	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas).		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continúa en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Médicos Generales, especialistas, auxiliares de enfermería y enfermeras Jefes).		
25	Curso de Humanización en los servicios de salud (Area Asistencial en General)		
26	Curso Diagnostico y Manejo Clínico del Dengue (Médicos Generales, auxiliares de enfermería y Enfermeras Jefes)		
27	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) cap 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años)**		
28	Soporte de experiencia laboral. (Certificaciones laborales)		
29	Vacunas (**HEPATITIS B, COVID 19, TETANO, INFLUENZA Y FIEBRE AMARILLA**) (todo el personal asistencial)		
30	Formato **DECLARACION DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERES** — Diligenciar en la Página web (**https:// https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013) con fecha actualizada.**		
31	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
32	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
33	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)		
34	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM		
35	Certificación Bancaria (Del año Vigente)		

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 0:20:01
MARIA CAMILA MARC...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Última Actualiza

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0	0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas	Nuevos informes

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP



Mensaje

Tod

Sin mensajes…

Más informació

Oportun

Rec

Sin oportunidade

Más informació

Fundación , Septiembre de 2026

PROPUESTA ECONÓMICA

SEÑORES
Hospital Departamental San Rafael de Fundación

ASUNTO: PROPUESTA ECONÓMICA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN MAGDALENA

El presente documento tiene como principal objetivo brindar de una manera clara y sencilla el alcance de los servicios que pongo a su amable consideración como "Prestación de servicios profesionales como Psicóloga de los Equipos Básicos En Salud de la Ese Hospital Departamental San Rafael de Fundación Magdalena

OBJETIVO DE LA OFERTA:

Prestación de servicios profesionales como Psicóloga de los Equipos Básicos En Salud de la Ese Hospital Departamental San Rafael de Fundación Magdalena, realizando todas las acciones necesarias en la ejecución del EBS, garantizando los intereses de esta institución hospitalaria.

ALCANCES DE LOS SERVICIOS OFERTADOS

1. Prestar sus servicios profesionales como Psicóloga los Equipos Básicos En Salud de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN.

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

3. Ejecutar las valoraciones y acciones definidas dentro del Equipo Territorial de Salud asignado, competencias establecidas por la coordinación del ETS (Equipo territorial Salud).
4. Realizar el debido diligenciamiento y sistematización de la información producida por el ETS en los formatos y aplicativos definidos para tal fin .

5. Realizar consolidación y flujo de información generada por el ETS

6. Organización y archivo en tablas documentales de documento soporte en físico

7. Organización y sistematización general de todos los soportes de la operación del ETS a cargo en los entornos hogar, educativo, instituciones de protección, comunitario y laboral.

8. Comunicar a la coordinación del ETS y EBS la información sobre la ocurrencia de eventos de salud en pública en los territorios de salud de los municipios para efectos de que las instancias y personal a cargo adelante la notificación y dinamicen la toma de decisiones respectivas en materia de salud pública.

9. Contribuir en la implementación de medidas en salud pública para prevenir, mitigar, controlar o eliminar los eventos prioritarios bajo vigilancia en salud pública que contribuyan al desarrollo de la gestión del riesgo individual y colectivo en los territorios de salud del municipio de Fundación.

10. Fomentar en la comunidad la identificación y notificación de problemáticas colectivas que afecten la salud y calidad de vida de los habitantes en el contexto de los territorios de salud del municipio de Fundación, para su respectiva intervención.

11. Realizar las demás actividades que dentro del contrato del Plan de Intervenciones Colectivas le sean asignadas por parte de la coordinación de EBS para el buen desarrollo y cumplimiento de este convenio.

PLAZO

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

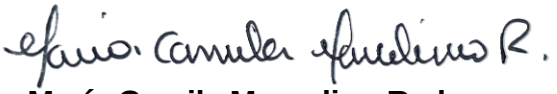
VALOR

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

FORMA DE PAGO

Según lo establecido en los estudios previos.

Cordialmente,



María Camila Marcelino Rada
C.C. 1.081.831070 de Fundación
CEL: 3212245472
DIR. Calle 13 n 9 -89 Alfonzo Lopez
EMAIL: psic.mariamarcelino@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141252518426

(415)7707212489984(8020) 000014125251842 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 1 8 3 1 0 7 0	

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
TV 65 E 41 B 210

42. Correo electrónico Psic.mariamarcelino@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-19 / 06:28:43PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARCELINO RADA MARIA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



1 DATOS PERSONALES

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

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

SEXO: F ✓ M ○

NACIONALIDAD: COL. ✓ EXTRAN JERO ○ PAÍS

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

FECHA YLUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 10 MES 02 AÑO 1998

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Fundacíon

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 13 N 9-89

PAÍS Colombia DEPTO Magdalena

MUNICIPIO Fundación

TELÉFONO 3212245472 EMAIL psic.mariamarcelino@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10 11 ✓	MES 11 AÑO 2014

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE Hospital Departamental San Rafael de Fundación – Magdalena	✓		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	FUNDACION	th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA 18 MES 03 AÑO 2024	DÍA 30 MES 09 AÑO 2025

CARGO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
049/2013 CONTRATISTA	EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION, MAGDALENA	Calle 16 5ª - 46 Barrio san Bernardo

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	✓		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	FUNDACION	esepazdelrio@yahoo.es

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
095-4131106	DÍA 08 MES 05 AÑO 2024	DÍA 31 MES 05 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENDCIA:*	*DIRECCIÓN*
049/2013 Contratista	*PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA ASISTENCIAL COMO PSICOLOGA*	Cl. 3 #N° 14-35

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
ESE Hospital Departamental San Rafael de Fundación – Magdalena	✓		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	FUNDACION	th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

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

CARGO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCION*
049/2013 CONTRATISTA	PLAN DE INTERVENCIONESCOLECTIVAS (PIC)	*Calle 16 5ª - 46 Barrio san Bernardo*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Metrosalud	✓		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
ANTIOQUIA	MEDELLIN	contratosjuridica@metrosalud.gov.co

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	3	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre, la Corporación

Universidad de la Costa

Con Personería Jurídica No. 352 de Abril de 1971

Por cuanto

Maria Camila Marcelino Rada

C.C. N° 1,081,831,070 de Fundación

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

Psicólogo

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

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

Presidente Consejo Directivo | Rector | Secretario General

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

Refrendado en Barranquilla el *26 de Noviembre de 2021*

A-007734

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

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

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 28 de agosto de 2026.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

LfPUzYCaZa9I8VF9WHjt
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

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

HACE CONSTAR:

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

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

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 28 de agosto de 2026.

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

Cordialmente**,**



km5rhAmpZZJvc29UThsw
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

UNIVERSIDAD DE LA COSTA
1970

ACTA DE GRADO No. **010**

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

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

Diplomado De Profundización En Psicología Organizacional Y Del Trabajo

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

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

Presidente Rector Secretario General

Atlántico para la Gente

GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO

SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCIÓN NÚMERO **08 - 1356 DE 2022**

(28 de febrero de 2022)

"Por la cual se Autoriza el Ejercicio Profesional "

El Subsecretario de Asesoría y Asistencia en Seguridad Social en Salud

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

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

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

R E S U E L V E

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

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

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

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

Elaboró: PGoenaga
Revisó: HMenco
Revisó: OSierra

COLPSIC

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 242546

Fecha de expedición: 20/01/2022

MARIA CAMILA MARCELINO RADA

Cédula de Ciudadanía

1081831070

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

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

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1081831070

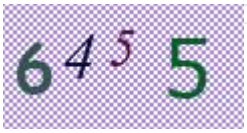
Primer Nombre

MARIA

Primer Apellido

MARCELINO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4599

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-08-27→11:57:44 PM

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

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARIA CAMILA MARCELINO RADA identificado(a) con CC 1081831070 registra La siguiente información:

2026-08-27→11:57:44 PM

Información Académica

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

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando 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).

SISPRO

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

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

Contacto

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

Términos y condiciones

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	CARTAGENA	ANEXO DE RENOVACION	75-03-101017262	2

TOMADOR	**MARIA CAMILA MARCELINO RADA**			CC	**1.081.831.070**
DIRECCION	**CL 13 NRO. 9 - 89**	CIUDAD	**FUNDACION, MAGDALENA**	TELEFONO	**3212245972**
ASEGURADO	**MARIA CAMILA MARCELINO RADA**			CC	**1.081.831.070**
DIRECCION	**CL 13 NRO. 9 - 89**	CIUDAD	**FUNDACION, MAGDALENA**	TELEFONO	**3212245972**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS**			NIT	**0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
12 / 03 / 2026	**14 / 03 / 2026**	**14 / 03 / 2027**	**14 / 03 / 2026**	**14 / 03 / 2027**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ELQUIN DE JESUS ROCA BECHARA	240779	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: PSICOLOGÍA

—

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 100,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 100,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 20,000,000.00**

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********106,538.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,242.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********126,780.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)110131076628 21(3900)000000126780(96)20260428

REFERENCIA PAGO:
1101310766282-1

75-03-101017262

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

YENSYBUENO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CARTAGENA	CARTAGENA	ANEXO DE RENOVACION	75-03-101017262	2

TOMADOR	MARIA CAMILA MARCELINO RADA			CC	1.081.831.070
DIRECCION	CL 13 NRO. 9 - 89	CIUDAD	FUNDACION, MAGDALENA	TELEFONO	3212245972
ASEGURADO	MARIA CAMILA MARCELINO RADA			CC	1.081.831.070
DIRECCION	CL 13 NRO. 9 - 89	CIUDAD	FUNDACION, MAGDALENA	TELEFONO	3212245972
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
12 / 03 / 2026	14 / 03 / 2026	14 / 03 / 2027	14 / 03 / 2026	14 / 03 / 2027

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ELQUIN DE JESUS ROCA BECHARA CLIENTE	240779	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO



TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********106,538.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,242.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********126,780.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CARRERA 8 NO 34-62 PISO 8, TELÉFONO 6601144 - CARTAGENA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11013107662821(3900)000000126780(96)20260428

REFERENCIA PAGO: 1101310766282-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNOR"

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

MARIA MARCELINO RADA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No 1.081.831.070;** cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **VIOLENCIA DE GENERO (Enfoque a víctimas de violencia sexual)** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición
Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena el 27 de abril de 2026.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0184 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales

Scanned with CamScanner

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNOR"

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

MARIA MARCELINO RADA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No 1.081.831.070,** cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 30 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 27 de abril de 2026.

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0189 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales

Scanned with CamScanner

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNOR"

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

MARIA MARCELINO RADA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No 1.081.831.070**, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **GESTION DE DUELO** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 24 de abril de 2026.

MANUEL JOSE SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0187 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales

Scanned with CamScanner

CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Con Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 0008 del 27 de enero de 2017, emanada de la Secretaria de Educación Departamental del Magdalena, Registros programas del 0030-01 al 0030-09 S.E.D. del 31 de enero de 2017 y Acuerdo No. 0108 del 16 de Junio de 2011 de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

Nit. 830508231-8

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA CORPORACIÓN TÉCNICA DEL NORTE "COTECNOR"

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE:

MARIA MARCELINO RADA Identificado (a) con la cedula de ciudadanía **No 1.081.831.070**, cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del curso teórico practico en **ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUE CON ACIDO** programa de **FORMACIÓN ACADÉMICA** con el fin de complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar los conocimientos, con una intensidad horaria de 48 horas, modalidad educativa **SEMIPRESENCIAL.**

Este certificado tiene una vigencia de 2 años a partir de su expedición
Realizado en la ciudad de Fundación Magdalena, el 27 de abril de 2026

MANUEL JOSÉ SANTODOMINGO PEREIRA
Director Administrativo

Código de verificación LLF01R02WIL0186 Prohibida el cambio parcial o total de la literatura de este certificado. So pena de las implicaciones legales

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

educación sin límites

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

HACE CONSTAR QUE:

MARIA CAMILA MARCELINO RADA

Con Documento de Identidad No 1081831070

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

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

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020231027

POLITÉCNICO DE COLOMBIA

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 231027A-419868

www.politecnicodecolombia.edu.co

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

Dr Francisco Vicent Pacheco

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo Licencia en SST 0969/2018 SDS Magdalena

Direccion: Avenida libertador Calle 14#25-37 Inferior 1 Tel.

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Tipo de certificacion	Ingreso		post incapacidad		Rehubicacion	
	Periodico		Caso Ocupacional		Ingreso SVE	
	Retiro		Control		Trabajo en Alturas	

DATOS DEL PACIENTE

FECHA:	3/01/2025	**CARGO:**	PSICOLOGA		
EMPRESA CLIENTE :	PARTICULAR	**NOMBRE Y APELLIDO:**	MARIA CAMILA MARCELINO RADA		
Numero de Identidad:	CC 1081831070	**Edad**	26	**Genero:**	F ■ M
Direccion	CALLE 13 9-89	**Escolaridad**	UNIVERSITARIO		
Telefono	3212245472	**EPS**	COOSALUD		CONTRIBUTIVO

PARACLINICOS PRACTICADOS

Peso : 47 Kg - Talla : 158 cm

CONCEPTO

APTO, SIN RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES PARA EL TRABAJADOR

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE; HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES
- PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTO

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES AL INGRESAR A LA EMPRESA

DEBE SEGUIR LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES: ANTES DE INGRESAR A LA EMPRESA DIARIAMENTE DEBE LLENAR LA ENCUESTA (DIGITAL O FÍSICA) DE SIGNOS O MALESTAR SUGESTIVO DE COVID-19, REPORTAR DIARIAMENTE SU ESTADO DE SALUD, DEBE ACUDIR A SU EPS/IPS ANTE SIGNOS DE ALARMA, USO DE TAPABOCAS OBLIGATORIO, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS O DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA Y DISTANCIAMIENTO DE 2 METROS DENTRO Y FUERA DEL TRABAJO.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD APLICADO DURANTE LA CONSULTA

PARA LA ATENCION SE APLICARON TODAS LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, SE REALIZA ENCUESTA-TEST COVID 19. SE TIENEN EN CUENTA EL DECRETO 1297 DEL 2020 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA Y LA RESOLUCION 222 DEL 2021 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESPECTO A LAS MEDIDAS GENERALES Y LAS ESPECIFICADAS PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE Y/O CON PATOLOGÍAS FRENTE AL COVID 19. RESOLUCION 1155 DE 2020 - RESOLUCION 777 DE 2021

RESTRICCIONES LABORALES

NO TIENE RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA AL QUE SE DEBE INCLUIR EL TRABAJDOR

VISUAL		AUDITIVO		
RESPIRATORIO		CARDIOVASCULAR		
PSICOSOCIAL		ERGONOMICO		
OTRO	NUTRICIONAL			
REMISION				
SI		NO	X	
ARL		EPS		

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo al consultorio medico del Dr Francisco Vicent, para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del Informe medico ocupacional de aptitud

Dr Francisco Vicent Pacheco
Medico especialista en seguridad y salud en el trabajo
RM 12552709
Licencia en seguridad y salud en el trabajo 0969/2018

Trabajador
Cedula:
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Para verificación cite los siguientes datos
Certificado No.: CL2023HSR00977
Fecha: 2025-05-05 10:51:59

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

CERTIFICA:

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

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
PIC-42-2023	2023-08-01	2023-09-30	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
PIC-67-2023	2023-10-01	2023-10-31	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
PIC-98-2023	2023-11-11	2023-11-30	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
PIC-124-2023	2023-12-05	2023-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
CDEBS2024029	2024-03-18	2024-04-09	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
CDEBS2024059	2024-04-17	2024-05-17	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
CDEBS2024076	2024-05-18	2024-07-16	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA
CDPIC20240020	2024-09-25	2024-09-30	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	OBJETO CONTRACTUAL
CDPIC20240085	2024-11-27	2024-12-31	PRESTACION DE SERVICIOS COMO PSICOLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACIÓN
CDEBS20250011	2025-03-17	2025-04-15	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA DE LOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDALENA

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Fundación - Magdalena el día (05) del mes de Mayo de 2025.

Atentamente,

HOSPITAL D/TAL SAN RAFAEL E.S.E
TALENTO HUMANO

KARINA PEREZ SIERRA
Responsable Talento Humano
th@hospitalsanrafaeldefundacion.gov.co

Elaboró: KARINA PEREZ SIERRA

E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

EL AREA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

CERTIFICA:

Revisados los archivos se encontró que la señora: **MARIA CAMILA MARCELINO RADA,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.081.831.070 de Fundación (Mag), presta sus servicios profesionales, mediante **ÓRDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CEDULA	NOMBRE Y APELLIDO	OBJETO DEL CONTRATO	# DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL
1.081.831.070	MARIA CAMILA MARCELINO RADA	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NIVEL ASISTENCIAL COMO PSICOLOGA	0568	08/05/2024	30/06/2024
1.081.831.070	MARIA CAMILA MARCELINO RADA	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NIVEL ASISTENCIAL COMO PSICOLOGA	0727	11/07/2024	31/07/2024

Para mayor constancia se firma en fundación (mag) a los Cinco (05) días del mes de Agosto del 2024.

ANGELICA RESTREPO STARITA
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	ANGELICA RESTREPO STARITA	PROFESIONAL UNIVERSITARIA EN LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO	

Los arriba firmantes declaramos que hemos proyectado y/o revisado el presente documento considerándolo ajustado a las disposiciones legales y técnicas aplicables, por lo tanto, asumiendo la responsabilidad relativa, se presenta para la firma

Correo electrónico: epazdelrio@gmail.com
Dirección: calle 3 # 14-35 barrio Paz del Rio, Fundación – Magdalena.

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

Alcaldía de Medellín

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

IDENTIFICADO CON CEDULA **1081831070**

Ha suscrito contratos de prestación de servicios asi:

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

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

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

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

Se expide: 4/18/2023

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

CERTIFICACIÓN LABORAL

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

CERTIFICA:

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

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

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

SHIRLEY ZAMBRANO RACINES
Coordinadora

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: df8b3d5b-1e27-4a00-8f61-894169d37868

Nombres y apellidos / Full name: **MARIA CAMILA MARCELINO RADA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1081831070**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/02/1998**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number:

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	COVID JANSSEN	Única	26	7	2021	Janssen	213A21A	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primer Refuerzo	7	4	2022	PFIZER	ACC5853	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	EVANGELINA DOLORES PEREZ MARTINEZ
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	21	7	2023	BUTANTAN	230047	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	TD Adulto	Primera	24	7	2023	Serum	2332L004B	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
Sin rango de edad	Hepatitis B Adultos particular	Primera	24	7	2023		220500922A	FUNDACION IPS NATALIS SAS, PERINATOLOGIA, DIAGN	GIANNINA MARGARITA CABALLERO MERIÑO
Sin rango de edad	DPT ACELULAR ADULTO	Anual	24	8	2024	Sanofi Pasteur	C5926AB	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ
12 meses	Fiebre amarilla	Única	13	3	2025	Sanofi Pasteur	X3A881V	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - Activo
Sin rango de edad	TD Adulto	Segunda	13	3	2025	Serum	2333L037C	FUNDACION E.S.E. CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO	ELVIS MARIA BARRIOS MARTINEZ - CC1082901554 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** 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.

The Ministery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión i n this document w a s extractedfrom **PAIWEB**, according t o t h e Wi d e **Program ofInmunization - PAI** (by i t s acronym i n spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-19 11:23

Nombres y apellidos completos

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

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1081831070

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	FUNDACIÓN

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

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$36.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$36.000.000,00

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 [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:

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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

CERTIFICA:

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

Tipo y No. de documento:	CC 1081831070
Nombres:	MARIA CAMILA MARCELINO RADA
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2026-07-15
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	MAGDALENA FUNDACION

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	472880004501 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO - ESE CENTRO DE SALUD PAZ DEL RIO

OBSERVACIONES:

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

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-08-27 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-09-26



CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

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

La presente certificación se expide el 27 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CER_AFI_2026024946325

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA MARCELINO RADA identificado con CC. 1081831070 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	HOSPITAL SAN RAFAEL
Tipo y Numero de Documento	NI - 891780008

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/04/07	**Fecha inicio contrato**	2026/04/06
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC06042026N1081831070A15699363.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1081831070 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 28/08/2026 12:33 AM

Código Verificación: **7BYH3F8UAG**

Válida hasta: **26/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

FUNDACION, **28/08/2026**
MAGDALENA,
COLOMBIA,
A quien interese

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

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

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

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA