



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ESAP

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Villamil</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Corzo</u>	NOMBRES <u>Mayra Alejandra</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAIS <input type="radio"/> No. <u>7053343350</u>	SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>	NÚMERO _____	D.M. _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>22</u> MES <u>07</u> AÑO <u>1994</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA _____	
PAÍS <u>Colombia</u>	PAÍS <u>colombia</u>	DEPTO <u>Boyaca</u>
DEPTO <u>Boyaca</u>	MUNICIPIO <u>Bucaramanga</u>	
MUNICIPIO <u>Bucaramanga</u>	TELÉFONO <u>3125045957</u>	EMAIL <u>aljordavillamil@esap.gov.co</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: BACHILLER ACADEMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES	AÑO
											<u>11</u>	<u>2011</u>

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>Tc</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Tecnico Auxiliar de enfermeria</u>	<u>12</u>	<u>2013</u>	

ESPECIFIQUE 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

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 D4D	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alexandruillamil1950@gmail.com	
TELÉFONOS 3132706758	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA consulta ext - prioritaria	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD salud Andina	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD sonia.saludandina@gmail.com	
TELÉFONOS 3138757307	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 08 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 05 MES 12 AÑO 2029
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD servicio cardiología de llano	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cardiollanos@gmail.com	
TELÉFONOS 343933675	FECHA DE INGRESO DÍA 06 MES 07 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 07 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD centro cardiovascular colombiano	PÚBLICA	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD administracion@cardio.com	
TELÉFONOS 307 2279350	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 07 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 05 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN COTRIS # 57-09	

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 <i>centro de salud de Guayaquiba</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyacá</i>	MUNICIPIO <i>Guayaquiba</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>esdguayaquiba@hotmail.com</i>	
TELÉFONOS <i>3100228768</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="02"/> MES <input type="text" value="01"/> AÑO <input type="text" value="2014"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="02"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar de enfermería</i>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <i>C13 # 7-24</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	5	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		74
TRabajador INDEPENDIENTE	2	3
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	

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).

Alejandro Corzo
 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.343.350

VILLAMIL CORZO

APellidos

MAYRA ALEJANDRA

Nombres

Alejandro CORZO

Firma



FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1994
BUENAVISTA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 B+ F
ESTATURA G.S RH SEXO

14-SEP-2012 CHIQUINQUIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 26 N. 100, BOYACA

INDICE DERECHO



P.0706700-00424392-F.1053343350-20130204

0032358/59A 1 27743188



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:51:42 AM horas del 02/01/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1053343350**

Apellidos y Nombres: **VILLAMIL CORZO MAYRA ALEJANDRA**

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:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



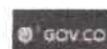
Presidencia de



Ministerio de



Portal Único



GOV.CO



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 lunes 02 de enero de 2023, a las 07:53:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1053343350
Código de Verificación	1053343350230102075320

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.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 212385939



WEB
07:54:40
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de enero del 2023

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) MAYRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053343350:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

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.



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/01/2023 08:29:06 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1053343350** .

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. **49727577** . 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



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14798164313



(415)7707212489984(8020) 0000014798164313

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 5 3 3 4 3 3 5 0 6. DV 9 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 26. Número de Identificación 1 0 5 3 3 4 3 3 5 0 27. Fecha expedición 2 0 1 2 0 9 1 4
 Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 1 6 9 29. Departamento Boyacá 1 5 30. Ciudad/Municipio Chiquinquirá 1 7 6
 31. Primer apellido VILLAMIL 32. Segundo apellido CORZO 33. Primer nombre MAYRA 34. Otros nombres ALEJANDRA
 35. Razón social
 36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Bogotá D.C. 1 1 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1
 41. Dirección principal CR 91 A 51 18
 42. Correo electrónico maialvico_9436@hotmail.com
 43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 2 5 0 4 3 9 5 1 45. Teléfono 2 3 2 0 8 1 5 5 8 8 8

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0 20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 11 - 22 / 14 : 17: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
 Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
 Firma autorizada:

984. Nombre VILLAMIL CORZO MAYRA ALEJANDRA
 985. Cargo CONTRIBUYENTE

Certificación Bancaria



Chiquinquirá, 03 de Octubre de 2022

Señores

A QUIEN INTERESE

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MAYRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1053343350, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORRO	355-770981-64	2017/05/24	ACTIVA

Atentamente,

Claudia María Posada Alvarado



NIT: 900615249-1
 Licencia IPS No. 750 del 21-04-2014
 Código de habilitación No. 151760206301

Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
 e-mail: pgsas@gmail.com
 www.pgsas.com Cel. 3103031779



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.272

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
23 DÍA	12 MES	2020 AÑO	CHIQUEQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				D&J GESTION Y DESARROLLO EMPRESARIAL			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Mercader, P, Pasaporte)							
VILLAMIL CORZO MAYRA ALEJANDRA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	26 AÑOS 5 MESES 2 DÍAS	CC	1053343350
				Teléfono		Tip	Número
				3125043951			
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERÍA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: <u>APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES</u>							
NO SE EVALUARÓN 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:							
EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN OSTEOMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>							
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
			USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR POSTURAS ERGONOMICAS OTROS: USO PERMANENTE DE TAPABOCAS LAVADO FRECUENTE DE MANOS DISTANCIAMIENTO SOCIAL SI PRESENTA SINTOMAS GRIPALES. QUÉDESE EN SU CASA				
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NO PRESENTA FACTORES DE VULNERABILIDAD SEGUN CIRCULAR 030. ESTE EXÁMEN NO DESCARTA ENFERMEDAD POR COVID-19 YA QUE EXISTEN PACIENTES ASINTOMATICOS - SE TUVIERON EN CUENTA LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA SU ATENCION, SIGUIENDO PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION ESTRICTOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL COMPLETOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD POR LA PANDEMIA COVID-19 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 verdicas. 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

Firma:

Firma:

[Handwritten signature of the doctor]

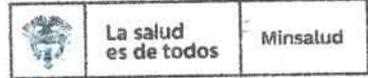
[Handwritten signature of the worker: Alejandra CORZO]

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

Consérvelo

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

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **María Alejandra**

Apellidos: **Villamil Corzo**

Documento de identidad: C.C.X T.I. Pasaporte No. **1053343350**

Fecha de nacimiento: Día **22** Mes **07** Año **2 1994**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	27-06-18	Scijm 012N7176	Sibia, A. J.
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras	Varicela 1	27-06-18	U028251	<i>[Signature]</i>



Ministerio de Salud

Nombre: Marcos Alexander Villegas
Dirección: Instituto Enfermedades
Teléfono:
N.C.: 9407222599
Institución Organizadora: IPS Comfabe

HEPATITIS B	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
	1	06-08-17	W21010501	
	2	16-08-17	W21010501	
	3	16-08-17	W21010501	

HEPATITIS B	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma

ANTIBIOTICIDAD	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma

VARICELA	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma

HEPATITIS A	Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombre: MAIRA ALEJANDRA

Apellidos: ULLAMIL CORZO

Documento de identidad: C.C. X T. Pasaporte PEP otro cuit

Nº: 1053 343 350

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 07 Año 1994

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	24-03-21	SINOVAC	E201102011	EJE S I	Rosmario	23376625
					Buenavista	Alarcon	
	2	12-05-21	SINOVAC	C20110154	EJE S. I	Rosmario	23376625
					Buenavista	Alarcon	
		17-12-21	MODERNA	005 H21A	EJE S I	Katerine	1051185786
					Buenavista	Pulido	



El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

La Institución Educativa José María Silva Salazar

Buenavista - Boyacá

*Autorizada por la Secretaría de Educación de Boyacá,
según Resolución No. 02412 del 19 de octubre de 2004 y
Resolución No. 3191 de diciembre 15 de 2008*

Confiere a:

María Alejandra Villamil Corzo

I.I. No. 940722-25990 de Chiquinquirá (Boyacá)

El Título de

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación
Media Académica, según los planes y programas vigentes.*



Mercedes Ussa Valbuena
Mercedes Ussa Valbuena
Rectora

Jorge Amardo Pinilla Caro
Jorge Amardo Pinilla Caro
Secretario

Acta General de Graduación No. 034 - Libro de Control No. 001 - Folio No. 81

Dado en Buenavista, Boyacá, a 08 de diciembre de 2011

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 06 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.



INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD

SANTEUS

Antes Instituto Universitario de Colombia

Acuerdo No. 123 del 23 de Diciembre de 2008 Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud
 Resolución 003899 del 07 de Diciembre de 2009 de la
 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE BOYACÁ
 EN ATENCIÓN A QUE

María Alejandra Millamil Corzo

CC 1.053.343.350 de Chiquinquira

CURSO Y APROBACIÓN DE ESTUDIOS CORRESPONDIENTES Y CUMPLIENDO CON LOS DEMÁS REQUISITOS AGADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN, SE LE CONTIENE EN CATEGORÍA DE APTITUD OCUPACIONAL COMO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN EL ÁREA DE

Auxiliar en Infermería

INTENSIDAD HORARIA 1.800 HORAS TEÓRICO - PRÁCTICAS
 DADO EN LA CIUDAD DE CHIQUINQUIRA - BOYACÁ, EL DÍA 21 DE DICIEMBRE DE 2013



Paola Vargas
DIRECTORA

SECRETARÍA DE SALUD

LIBRO DE REGISTRO No. 01
 Folio No. 126
 FECHA: CHIQUINQUIRA 21 DE DICIEMBRE DE 2013

SECRETARÍA DE SALUD DE
 Boyacá, el 21 de Diciembre de
 2013
 Resolución No. 003899 del 07 de Diciembre de 2009
 de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE BOYACÁ
 EN ATENCIÓN A QUE

Resolución No. 123 del 23 de Diciembre de 2008
 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

CC 1.053.343.350 de Chiquinquira

María Alejandra Millamil Corzo

SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ



**INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN EN SALUD
SAN LUIS**

Av. 123 de Bogotá, C.C. No. 10533-43350

Acuerdo No. 123 del 23 de Diciembre de 2008 de Bogotá, D.C.

Resolución No. 0005899 del 7 de Diciembre de 2009

Boydacó, Boyacá

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la Ciudad de Chiquinquirá a los veintidós (22) días del mes de diciembre del año dos mil trece (2013), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último semestre, la suscrita Rectora y Secretaria, en la Rectoría del INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD "SAN LUIS", antes Instituto Universitario de Colombia. Institución aprobada según Acuerdo Ejecutivo No. 123 del 23 de diciembre de 2008 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud y Resolución 0005899 del 7 de diciembre de 2009 emanada de la Secretaría de Educación Departamental de Boyacá, para otorgar el:

**CERTIFICADO DE APTITUD OCEPACIONAL COMO TECNICO LABORAL
POR COMPETENCIAS EN EL AREA DE AUXILIAR EN ENFERMERIA**

31

VILLAMIL CORZO MAYRA ALEJANDRA
Identificada con la C.C. No.10533-43350 de Chiquinquirá.

Quilicé, Boyacá con una intensidad de 180 horas teóricas-prácticas y con los requisitos y exigencias académicas establecidos en el Reglamento y Normas Legales Vigentes. Le fue otorgado el certificado N. 0005899 del 7 de Diciembre de 2009.

En fiel copia de Acta Original General No. 54 del 21 de diciembre de 2013 que consta de 41 alumnos que comienza con el nombre de VILLA VARGAS ANGELE TATIANA y se otorga con el nombre de VILLASCAS BARRERA MONICA ALEJANDRA

El presente acta se encuentra en el archivo No. 10533-43350


ROSARIO ISABEL ORREGO
C.C. No. 84.576.495 de Bogotá
Rectora




ANA BARRERA CASTRO
C.C. No. 27234 del de Bogotá
Secretaria



Boydacó, Boyacá
Calle 1190 E - 69 Vía Principal - 120025
E-mail: info@lusaluis.chiquinquirá@gmail.com
Chiquinquirá - Boyacá

Se otorga en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 "Ley de Atención a la Ciudadadanía"

Verificar Registro en RETHUS

Resultado General: 2023-01-02 - 7:41:43 AM

Tipo Identificación: No. Identificación: Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Estado Identificación: Detalles						
CC	1033943350	MAVRA	ALEJANDRA	VILLAMIL	CORZO	Vigente

De conformidad con los artículos 109 y 103 del Decreto Ley 2106 de 2016, una vez revisados los bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(ª) MAVRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO (identificación) con CC 1033943350 registra la siguiente información:

2023-01-02 - 7:41:43 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercicio	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
---------------	------------------	-----------------------	------------------------	---------------------	---------------------

AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2014-02-04	222	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 salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditan el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización 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).



RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN

FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO: SS-P12-F01

FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 222 DE 04 FEB 2014.

Por la cual se Registra un Certificado
EL SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA
en ejercicio de la delegación conferida por la
resolución No 08211 del 15 de junio de 1989
emanada del Ministerio de Salud, y ;

CONSIDERANDO:

Que MAYRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO , identificada con Cédula de Ciudadanía Número 1.053.343.350 expedida en Chiquinquirá, ha solicitado el registro de su certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA que le otorgó EL INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION EN SALUD SAN LUIS de la ciudad de Chiquinquirá el día 21 de Diciembre de 2013 .

Que dicho título se encuentra registrado en EL INSTITUTO NACIONAL DE FORMACION EN SALUD SAN LUIS , Libro de Registro N°01 , Folio N°126 , Registro No xxxx , Diploma N°xxxx .

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de aptitud ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA , que autoriza a MAYRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO para ejercer dicha ocupacion en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al departamento de Boyacá el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la Ley.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los, 04 FEB 2014


GUILLERMO ORJUELA ROBAYO
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.

Elaboro: Rosa Maria Mesa



PAI
Programa Ampliado
de Inmunizaciones



La Dirección Técnica de Salud Pública de la Secretaría de
Salud de Boyacá certifica que:

MARIA ALEJANDRA VILLAMIL

cc: 1.053.343.350

Asistió a la capacitación en Gestión, Lineamientos del Programa Ampliado de
Inmunizaciones y Administración de Inmunobiológicos realizada el 29 de Octubre de
2014 con una intensidad de 8 horas


JOSE MANUEL GALINDO HURTADO
Director Técnico de Salud Pública


GUILLERMO ORJUELA ROBAYO
Secretario de Salud


SARAIYA MILENA ANTOLINEZ AURYA
Coordinadora PAI Departamental





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVISTA
BUENAVISTA - BOYACÁ
NIT: 820003550-8 COD: 151090686

CERTIFICA QUE:

Mayra Alejandra Villamil Corzo

Identificada con C.C. N° 1053343350

Asistió a la actualización de la Norma Técnica de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino y Procedimiento de Toma de Citología Cervicouterina.

Dado a los 25 días del mes de Noviembre de 2014

DEGNY AZUCENA MURCIA
GERENTE

LISETH FERNANDA PARRA
ENFERMERA

Este certificado tiene validez por un (1) año a partir de la fecha de expedición, al cabo del cual deberá presentarse una nueva fase de capacitación.



IDEAS MEDICAS AVANZADAS S.A.S

NIT 901.221.712-2

CERTIFICA QUE

MAYRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO

IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1053343350

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 18 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2022. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN OCUPACIONAL.



Marli Esquivel Zambrano

GERENTE



IMAVSS
INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA ALTERNATIVA Y SALUD INTEGRAL



Marli Esquivel Zambrano

REPRESENTANTE LEGAL



**GRUPO OPERATIVO ESPECIALISTAS
EN SALUD Y ATENCION PRE-HOSPITALARIA
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO E
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**



**VILLAMIL CORZO MAYRA ALEJANDRA
C.C. 1053343350**

**CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON LOS LINEAMIENTOS Y APTITUDES
DEL CURSO TALLER**

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

(ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.) (20 HORAS).

Resolución 2003/2014 Para Todo El Personal Del Equipo De Salud, en artículo 02 de septiembre de 2018


**Martha Luján Machuca
Instructor**


**Carlos Vargas Padilla
C.C. 4.520.740
Medico cirujano UMNG**

código de verificación 1339 .

SERVICIO CARDIOLÓGICO DEL LLANO NIT. 844 002 258-4		 SERVICIO CARDIOLÓGICO DEL LLANO E.U.
Tipo de documento:	FORMATO	
GESTION DEL TALENTO HUMANO	CERTIFICACIÓN LABORAL	Página 1 de 1

CERTH-SCLL2018- 131

EL GERENTE ADMINISTRATIVO DE

SERVICIO CARDIOLÓGICO DEL LLANO E.U.
CON NIT. 844 002 258-4

CERTIFICA

Que el señor(a) **MAYRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO** identificado(a) con cedula de ciudadanía N° **1.053.343.350** de Chiquinquirá, laboro en nuestra IPS desde el Seis (06) de Abril de 2018 hasta el treinta (30) de Julio de 2018, desempeñando el cargo de **ASISTENTE OPERATIVO I**, desempeñando funciones de Auxiliar de Enfermería.

El motivo de su retiro fue por renuncia voluntaria.

La anterior certificación se expide a los seis (06) días del mes de Septiembre del año 2018.

Atentamente:



CIRIO ALFONSO GOMEZ MEISEL
Representante Legal
Servicio Cardiológico Del Llano E.U.

SERVICIO CARDIOLÓGICO DEL LLANO E.U.

Sede Principal: Barral, Casanare Dir.: Calle 14 No. 22-81 B. Barrio Vericoncha. Tel: 635 0104
Celular: 314 393 3645 - E-mail: cardioloflanoso@equinice.com



A QUIEN CORRESPONDA

CERTIFICAMOS

Que la Señorita **MAYRA ALEJANDRA VILLAMIL CORZO** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.053.343.350 de Bogotá, realizó actividades como Auxiliar de Enfermería a través de nuestra empresa bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios desde el 13 de Julio de 2015 al 31 de Mayo de 2016.

La presente certificación no genera relación laboral entre las partes.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Mayo de 2017.

Cordialmente,


WILLIAM J. AMAYA RAMIREZ
Representante Legal
Centro Cardiovascular Colombino SAS



EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL
EDY MIREYA PINILLA QUIRÓNES
MUNDO SALUD CON PROMOCIÓN Y VIDA
NIT. 820004563

CERTIFICA QUE:

La señora MAIRÁ ALEJANDRA VILLAMIL CORZO, identificada con C.C No. 1.053.343.350 prestó sus servicios para esta empresa bajo la modalidad de Contrato a termino fijo como AUXILIAR DE ENFERMERIA, en la Empresa Social del Estado SANTA ISABEL DE BUENAVISTA (BOYACA), desde el 02 de Enero de 2014 hasta el 28 de Febrero de 2015.

Desempeñando las siguientes funciones:

Realizar junto con enfermería profesional el recibo y entrega de actividades de paciente por paciente de acuerdo a los manuales de procedimiento del servicio teniendo en cuenta de no lesionar con dicha información la intimidad del paciente. 2. Informar oportunamente a la enfermera profesional y/o al médico sobre los cambios ocurridos sobre la situación clínica del paciente. 3. Registrar clara y oportunamente en la historia clínica todos los procedimientos de enfermería aplicados a los pacientes asignados, de acuerdo a los manuales de procedimiento del servicio. 4. Responder por el aseo dentro de la unidad y del ambiente físico del paciente durante toda la estadía del mismo en el servicio. 5. Prestar al paciente o a otros servicios según las necesidades y hacer entrega verbal del paciente a los auxiliares de enfermería del servicio que recibe al paciente. 6. Asistir al médico y/o enfermera profesional en los procedimientos. 7. Monitorizar permanentemente a los pacientes críticos, registrando cualquier cambio en su estado clínico (hipertermia, hipotermia, infiltración LEV, dificultad respiratoria, vómito, distensión abdominal, etc.). 8. Avisar oportunamente cualquier alteración en el adecuado funcionamiento de los equipos a la Enfermera Jefe o Coordinador de UEN. Responder preguntas al Técnico de Electro medicina acerca de los equipos asignados. 9. Revisar las historias clínicas e instrucciones médicas de todos los pacientes hospitalizados a fin de tenerlos en cuenta en el plan de atención de Enfermería. 10. Consignar en la Historia Clínica cada uno de los procedimientos aplicados a los pacientes y/o hechos verificados que se realicen con su tratamiento. 11. Realizar entrega telefónica de todos los pacientes que requieren traslado a otro servicio ya sea definitivo o definitivamente a la Enfermera Jefe del Servicio que lo recibe, indicando el motivo de traslado diagnóstico y el plan de atención de Enfermería. 12. Seguimiento adelantado de las recomendaciones de Vigilancia Epidemiológica, en la relacionada a prevención y control de infecciones intrahospitalarias, eventos de interés en salud pública y/o de notificación obligatoria y uso racional de los antibióticos. 13. Aplicar dentro del Hospital las ideas centrales del Humanismo, en las relaciones interpersonales y el trato médico paciente, tales como: el concepto de igualdad de los seres humanos, el reconocimiento de la diversidad personal y cultural. 14. Participar activamente en reuniones de carácter técnico científico

Carrera 4 N.º 4 B 28 Chiquinquiró
Teléfono: 7262288 Cel: 311 323879



programadas por el coordinador de servicios asistenciales o los diferentes comités clínicos, buscando el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. 15. Asistir mensualmente a charlas de interés para los diferentes servicios en los que participa, basados en las complicaciones presentadas en el servicio y la morbimortalidad de la población en el área de Influencia del Hospital. 16. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. 17. Participar junto con la enfermera jefe de recibo y entrega de turno paciente por paciente, indicando los procedimientos realizados, la evolución del paciente los cuidados y actividades pendientes, teniendo cuidado de no lesionar con dicha información la intimidad de pacientes. 18. Preparar física y emocionalmente al paciente que será sometido a cualquier intervención sea esta diagnóstica o terapéutica, siguiendo las normas establecidas. 19. Conocer, divulgar y aplicar las políticas institucionales sobre la plataforma estratégica, políticas de calidad, normas de bioseguridad, código de ética y plan operativo institucional. 20. Seguimiento adecuado de las recomendaciones de Vigilancia Epidemiológica, en lo relacionado a prevención y control de infecciones intrahospitalarias, eventos de interés en salud pública y/o de notificación obligatoria y uso racional de los antibióticos.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los nueve (9) días del mes de Febrero de 2015.

EDY MIREYA PINILLA QUIÑONES
MUNDO SALUD CON PROMOCIÓN Y VIDA
NIT. 820004563