

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.057.590.800**

ROJAS ALARCON
APELLIDOS

SINDY DANICSA
NOMBRES

Sindy Rojas A.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-OCT-1992**

AQUITANIA (PUEBLOVIEJO)
AQUITANIA (BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-NOV-2010 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0727700-00285356-F-1057590800-20110325 0026240040A 2 30124392



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Rojas</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Aldon</u>	NOMBRES <u>Sindy Danisca</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1057990800</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>29</u> MES <u>10</u> AÑO <u>1992</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Boyacá</u> MUNICIPIO <u>Aguatzena</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>R# 116A 69-51</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bojota D.C.</u> TELÉFONO <u>3203003081</u> EMAIL <u>Sindyrojas64@gmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)											
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	FECHA DE GRADO MES <u>12</u> AÑO <u>2009</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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS				TERMINACIÓN		No. DE TARJETA	
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO				MES	AÑO	PROFESIONAL	
<u>ON</u>	<u>9</u>	<u>X</u>		<u>Enfermera</u>				<u>12</u>	<u>2019</u>		

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

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 Subred integral de servicios de salud sub	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD viviendapic.twitter.com	
TELÉFONOS 3219006509	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 02 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Enfermera	DEPENDENCIA Salud Pública	DIRECCIÓN KR 13 135A 42 sur	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Policia Nacional	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Espinal	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD edison.duque@correopolicia.gov.co	
TELÉFONOS 3223045452	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 12 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN KR 12 calle 6	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
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 MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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.

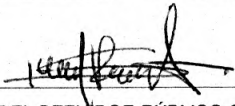
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. 15 octubre 2018


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 150 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA			
I. DE BIENES Y RENTAS			
VO. <u>Gindy Denicxa Rotos Aldon</u>			
IDENTIFICADO CON: C.C. & C.E. T.I. N° <u>1057990800</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:			
País <u>Colombia</u>		Departamento <u>Cundinamarca</u>	Municipio <u>Bogotá D.C.</u>
Dirección <u>KR 116A 65-51</u>		Teléfonos <u>3203003081</u>	
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:			
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Carlos Eduardo Rotos Mora</u>		<u>9919994</u>	<u>Rodrigue</u>
<u>Mario Doricle Aldon Rocio</u>		<u>23944372</u>	<u>modie</u>
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 150 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION			
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:			
CONCEPTO		VALOR	
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES			
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS			
GASTOS DE REPRESENTACION			
ARRENDOS			
HONORARIOS		<u>33'600.000</u>	
OTROS INGRESOS Y RENTAS			
TOTAL		<u>\$ 33'600.000</u>	
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:			
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA
<u>Av Villas</u>	<u>Ahorros</u>	<u>070872200</u>	<u>Subarol</u>
			<u>\$ 200.000</u>
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:			
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR	

EMPLEADOR O CONTRATANTE

DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: ☐ SI ☒ NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. C.E. T.I.	

3. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

4. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C. 15 octubre 2015
CIUDAD Y FECHA



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Sindy Danicsa Rojas Marcón

C.C. 1.057.590.800 de Sogamoso

EL TÍTULO DE

Enfermera

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 10 DÍAS DEL MES DICIEMBRE DE 2015

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL
ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN UMB

RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO REGISTRO PROFESIONAL No. 024953

CERTIFICA QUE:

SINDY DANICSA ROJAS ALARCÓN
C.C. No. 1057590800 DE SOGAMOSO

MEDIANTE ACTA No 298 LIBRO 17 FOLIO 392 DEL 10 DE DICIEMBRE DE 2015
RECIBIÓ EL TÍTULO DE:

ENFERMERA

DESPUÉS DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADÉMICO Y DEMÁS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 024953 EL DÍA 10 DE DICIEMBRE DE 2015.



PIEDAD RODRIGUEZ RAMIREZ
DIRECTORA REGISTRO Y CONTROL

Email: Piedad.Rodriguez@umb.edu.co

NIT.860.517.647-5

Personería Jurídica No. 18.778 de Diciembre 15 de 1992 - MINEDUCACIÓN
Bogotá, D.C. Campus Universitario: Avda. Circunvalar No. 60-00 - Tels.: 5460600/56/58 - Fax 5460638
Campus Norte: Km. 27 Vía Cajica - Tels.: 866 0995 - 866 3100 - 866 3099
Sede Extensión Bucaramanga: Cra 27 No. 33-106 PEX: (077) 6343440 - Línea 01 8000 91 71 12 - www.umb.edu.co

09036



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 298 LIBRO No. 17 FOLIO No. 392

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

Sindy Daniesca Rojas Marcón

C.C. No. 1.057.590.800 de *Bogotá*

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD.
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

Enfermera

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 10 DÍAS DEL MES DICIEMBRE DE 2015

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL
ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. 08729



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN UMB

RESOLUCIÓN 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

CERTIFICA QUE:

SINDY DANICSA ROJAS ALARCÓN

Con Cédula de Ciudadanía No. 1057590800 de Sogamoso.

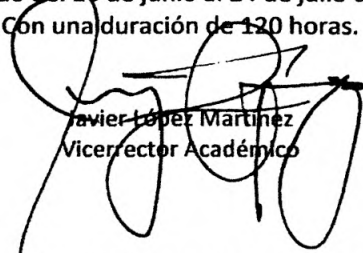
Cursó y aprobó el Diplomado en:

FARMACOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Realizado del 16 de junio al 24 de julio de 2015

Con una duración de 120 horas.


Guido Echeverri Piedrahita
Rector


Javier López Martínez
Vicerrector Académico


Carlos Arturo Daza Calvera
Director Programa-Enfermería

Se expide en Bogotá D.C.; a los 24 días del mes de julio de 2015.

05759



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

SINDY DANICSA ROJAS ALARCON

c.c. 1.057.590.800

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO
CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S. O. S.

Dado en Bogotá D.C., a los 10 días del mes de Febrero de 2017.

Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

SINDY DANICSA ROJAS ALARCON

c.c. 1.057.590.800

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO
CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



Dado en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de Febrero de 2017.
Validez 2 años.

**CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 -
3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
AREA TOLIMA



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD RECONCILIACION



MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL

Unidad: _____
Radicado No: _____
Recibido por: _____
Fecha: _____ Hora: _____

EL SUSCRITO JEFE AREA DE SANIDAD TOLIMA

CERTIFICA

Que la señorita SINDY DANISA ROJAS ALARCON identificada con la Cedula Ciudadanía Nro. 1.057.590.800 de Sogamoso Boyacá, cumplió con el tiempo correspondiente al servicio Social Obligatorio, en el establecimiento de Sanidad Policial Espinal-Tolima desempeñándose como Enfermera Rural y de conformidad con lo dispuesto en la resolución Nro. 666 del 11 de Diciembre de 2015, numero de Plaza 59, numero formulario 35. Iniciando desde el 14 de Diciembre de 2015 hasta el 13 de Diciembre del 2016.

Durante el Año de servicio Social obligatorio, el profesional se destacó por su compromiso, eficiencia y responsabilidad en las labores asignadas.

Se expide a solicitud del interesado en Ibagué a los catorce (14) días de Diciembre del año dos mil dieciséis 2016

Capitán **CARLOS ANDRES CAMACHO VESGA**
Jefe Área de sanidad Tolima

Elaborado por: SI. Edwin Ernesto Mesa Agudelo
Revisado: TE. Raúl Alberto Ramírez Ramírez
Fecha de elaboración: 14/12/2016
Archivo: Certificaciones Rurales 2016

Carrera 4 No. 14-52 Barrio Centro
Teléfono 2739811 ext 3411
detol.grusa@policia.gov.co
www.policia.gov.co

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre *
Cédula de Ciudadanía ▼	1057590800	sindy
Primer Apellido *		
Rojas		

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-10-10--9:09:01 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1057590800	SINDY	DANICSA	ROJAS	ALARCON	Ver

Información Detallada [CC: 1057590800] SINDY DANICSA ROJAS ALARCON

2018-10-10--9:09:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017/1/04	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).



**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA - OCE -
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA -
RETHUS
RETHUS - LEY 1164 DE 2007**

Bogotá, D.C.,

Apreciada (o) Colega:

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 Decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo. Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones. La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

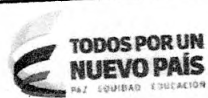
CAROLINA PRADA MORENO.
Presidenta.

CECILIA VARGAS GONZALEZ.
Secretaria General.

Cra. 28 No. 46-97 Celular 3219282407 - 3167598693 Tel: 4575358

Email: oce@oceinfo.org.co

Bogotá D.C



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

SINDY DANICSA ROJAS ALARCON
C.C. 1.057.590.800
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN - UMB
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2015-12-10
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 04/01/2017



7278

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

Sindy Rojas Alarcon

FIRMA DEL PROFESIONAL

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14349673784



(415)7707212489984(8020) 000001434967378 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 5 7 5 9 0 8 0 0

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 0 5 7 5 9 0 8 0 0

27. Fecha expedición:

2 0 1 0 1 1 0 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Boyacá

1 5

30. Ciudad/Municipio:

Sogamoso

7 5 9

31. Primer apellido

ROJAS

32. Segundo apellido

ALARCON

33. Primer nombre

SINDY

34. Otros nombres

DANICSA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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 116 A 65 51

42. Correo electrónico:

sindyrojas77@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 1 6 3 6 7 6 4 7 6

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 5 0 8 0 3

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:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

1

61. Fecha:

2 0 1 5 0 9 0 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sindy Rosa Alarcon

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FIERRO BARAHONA JOSE FERNEY

985. Cargo: Analista I



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 31-01-2017

Hora: 3:03:17 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1057590800-4 SINDY DANICSA ROJAS ALARCON

Información General

Dirección CR 116 A 65 51

Teléfonos 3163676476

Dirección electrónica sindyrojas77@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/01/2017

Soporte Inscripción 23075671

Fecha Inicio Actividades 03/08/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001670093

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 30-ene-2017

HORA 15:32:25

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Sindy Danicsa Rojas Alarcon

Edad 24 años 3 meses 1 día

Documento de Identificación: CC Número: 1057590800

Cargo ENFERMERA



RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES
----------	-------	-----------	---------------

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular, hábitos posturales adecuados, hábitos de vida saludable, uso de elementos de protección personal.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

OSTEOMUSCULAR: Normal

REMISION A EPS?: NO

Apto para laborar en el cargo asignado.

Aptitud Especifica:

Tipo de Restricciones:

☐ vehículos pesados	☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas	☐ Subir y bajar escaleras
☐ Equipos móviles de superficie	☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas	☐ Movimientos repetitivos
☐ Manejo de sustancias peligrosas	☐ Ruido por encima de 85 db	☐ Vibración
☐ Manejo de materiales fundidos	☐ Trabajos por turnos	☐ Manipulación de cargas
☐ Guardas de equipos	☐ Exposición a la luz solar directa	☐ Tareas de agarre
☐ Aislamiento y/o inmersión	☐ Exposición a material particulado y/o gases	☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
☐ Trabajos de altura	☐ Exposición a radiación ionizante	☐ Agacharse, ponerse en cunillas o voltearse repetidamente
☐ Operaciones de levante y manipulación de carga	☐ Trabajos en espacios confinados	☐ Manipulación de alimentos
☐ Manipulación de alimentos	☐ Posición sedente o bípeda prolongada	

El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma

Jorge Enrique Betancourt Plaza
Dr. Jorge E. Betancourt Plaza
Médico Ocupacional
REG. 1052186 LIC. 11630

Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA

RM. 11630

Lic.SO:

Trabajador

Firma

Sindy Danicsa Rojas Alarcon

Nombre: Sindy Danicsa Rojas Alarcon

CC N° 1057590800



Huella

DIEGO FERNANDO MEDINA CONTRERAS UNIVERSIDAD

NIT: 1072646802

CRA 9 No. 18 18 Tel : 2434635

PRESCRIPCION DE LENTES

PACIENTE: SINDY ROJAS ALARCON

IDENTIFICACION: 1057590800

TEL: 3203003081

OPTOMETRA:

FECHA 18/04/2017 10:46:11 AM

FORMULA COMPLETA

OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADICION	AV
DERECHO:	-1.75	- 1.00	10		20/20
IZQUIERDO:	-1.25	- 0.25	0		20/20

LENTES: OD: LENTES OFTALMICOS POLICARBONATO ANTIREFLEJO

OI: LENTES OFTALMICOS POLICARBONATO ANTIREFLEJO

USO:

DP: 58/60

NASO: OD:

OI:

FECHA PROXIMO CONTROL: viernes, 13 de abril de 2018, 10:46:11

CON CITA PREVIA

VIGENCIA DE LA FORMULA: lunes, 17 de julio de 2017, 10:46:11 a.

DIAGNOSTICO:

NOTAS:

Dr. Diego Fernando Medina Contreras
Optometrista
Reg. Mexico 1072646802
Universidad de la Salle

FIRMA DEL PACIENTE

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Sindy Danicsa

Apellidos:

Rosas Aricon

Documento
de identidad:

C.C. N.T.I.

Pasaporte

No.

1057590800

Fecha de
Nacimiento:

Día *29*

Mes *10*

Año *1992*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	<i>Mica</i>	<i>18-05-19</i>	<i>160/110006/19</i>	<i>Don Sanchez</i>
Virus de Papiloma Humano				

VACUNA		REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
1a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
2a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
3a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
4a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
5a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
6a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
7a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
8a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
9a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
10a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			

VACUNA		REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
1a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
2a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
3a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
4a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
5a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
6a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
7a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
8a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
9a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
10a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			

VACUNA		REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
1a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
2a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
3a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
4a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
5a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
6a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
7a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
8a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
9a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			
10a. DOSIS	024190020	07 DIC 2011			

TANIA SALUD
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION
CENTRO DE VACUNACION

TELEFONO: 4095617
DOCUMENTO: 1057590800
NOMBRE: Sindy Forero Abadon

CODIGO DE PRESTADORA: 11001779301
NIT: 900174965-3



PBX: 9289 10 237 1397

Tels: 255 6483
211 8459
211 7605

CENTRO DE VACUNACIÓN

Carrera 15 No. 51-14 Piso 2
E-mail: taniaasalud@etb.net.co Bogotá D.C.
www.vacunaciontaniaasalud.com
administracion@vacunaciontaniaasalud.com

TRIMOV
LIVE ATTENUATED
AGAINST MEASLES, RUBELLA
VACUNA DE VIRUS CONTRA EL SARAMPIÓN Y LA RUBÉOLA
Vial/frasco - 1 dose/dose
Subcutaneous or intramuscular
Via subcutánea o intramuscular
Sanofi Pasteur

javax-Gene® TF iny.
1 vial contiene
Antígeno de superficie de hepatitis B
20 µg
Hidróxido de aluminio (adyuvante)
0,5 mg (Al)
L1 No.: 0431044
Fab.: 2011.03.11
Exp.: 2014.03.10
Importador: Biotecnia S.A., Colombia
Berna Biotech Korea Corp.

Tecnoquimi
s estar protegido

CUNA RICELA BIKEN™
UNA VACELA DE VIVO ATENUADO
co - 1 dose subcutánea.
se prospecto.

ADACEL®
For ages 4 to 64 years.
Dose: 0.5 mL I.M. See leaflet.
Para personas de 4 a 64 años.
Dosis: 0.5 mL I.M. Ver el prospecto.
Sanofi Pasteur Limited
Toronto, Ontario, Canada

VACUNA
DOSIS
REFUERZO
1a. DOSIS
2a. DOSIS
3a. DOSIS
4a. DOSIS
5a. DOSIS
6a. DOSIS
7a. DOSIS
8a. DOSIS
9a. DOSIS
10a. DOSIS

FECHA APLICACION
13 OCT 2011
18 OCT 2011

FIRMA VACUNADOR
TANIA SALUD



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SINDY DANICSA ROJAS ALARCON identificado(a) con CC 1057590800 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 30/11/2017

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 10 días del mes de octubre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 10 de octubre de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que SINDY DANICSA ROJAS ALARCON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1057590800 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 21/02/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10575908001828378765

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

10/10/2018 9.52 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROJAS ALARCON SINDY DANICSA** identificado(a) con **CC** número **1.057.590.800** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 05 de diciembre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de octubre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

201810160911

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. _____

Señores:

Universidad Manuela Beltrán.

Por medio de la presente, yo Sindy Denicosa Rosas Aldrón, identificado con número de documento 1057990800, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Sindy Denicosa Rosas Aldrón

No. Documento: 1057990800

Teléfono: 320 300 3084

Bogotá, _____ de 2018

Doctora
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Respetada Doctora:

Comedidamente me permito presentarle la siguiente propuesta, con el fin de someterla a su consideración, teniendo en cuenta la necesidad que le asiste a la Entidad, de vincular mediante la modalidad de contratación de prestación de servicios como Enfermera, bajo la modalidad de Actividades y/o Productos, sometidos a la supervisión de la actividad final.

Declaro que cumpliré los requisitos exigidos por la Subred Sur E.S.E y las disposiciones legales, pues considero que reúno las condiciones y requisitos necesarios para satisfacer los requerimientos de la Entidad, y para acreditarlos, anexo documentos respectivos.

Presento la propuesta como persona natural con disponibilidad de tiempo de Completo. Y bajo la gravedad del juramento manifiesto que no me encuentro incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades para contratar señalados en la Constitución y la ley. De igual manera, acepto las condiciones exigidas por la Subred Sur E.S.E y manifiesto conocer y aceptar la naturaleza del contrato de prestación de servicios en caso de concretarse la contratación.

DIRECCION: KR 116 A 69-51
TELEFONOS: 3203003081
CORREO ELECTRONICO: Sindyrosas64@gmail.com

Atentamente,

NOMBRE Sindy Danicla Rosas Alderón
C.C. No. 1057990900