REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.216.971.879**

ROJAS DE LA CRUZ

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Rojas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1996**

EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-DIC-2014 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2102500-00672277-M-1216971879-20150224 **00432**63782A 2 40863047

HJMB
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 04
FECHA DE ULTIMA REVISION:9/12/2022
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO,** Juan Carlos Rojas, Identificado con Cédula No. 1.276.997.879 y Profesión Aux Enfermeria **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Juan Carlos Rojas

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Lista de Chequeo para Inducción de puesto de trabajo (Entregado Por el área de supervisión)	✓	
4	Registro Proveedores - Persona Natural (**REGISTRARSE EN https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php**	✓	
5	Propuesta de Servicios	✓	
6	Certificado antecedentes Procuraduría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
7	Certificado antecedentes Contraloría (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
8	Certificado antecedentes Policía Nacional (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
9	Certificados antecedentes del sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia (**fecha vigente — no superior a 30 días**)	✓	
10	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
11	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
12	RUT - Registro Único Tributario	✓	
13	Hoja de Vida — Función publica	✓	
14	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)	✓	
15	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – MES actual).**		
16	Convalidación de Título (**Médicos y Médicos Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
17	Resolución departamental para ejercer profesión - **(personal asistencial)**	✓	
18	Tarjeta Profesional		
19	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)	✓	
20	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. **(Médicos y Especialistas)**		
21	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 **(Personal Asistencial).**	✓	
22	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**	✓	
23	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
24	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico -- **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
25	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
26	Certificado de Curso en **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización.*		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
29	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
30	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
31	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
32	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)**	✓	
33	Soporte de experiencia laboral.	✓	
34	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)	✓	
35	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web (**https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth**)	✓	
36	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
37	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
38	Certificado ARL (**INDEPENDIENTE** – fecha no superior a 30 días)	✓	
39	Certificado **SARLAF** – PERSONA NATURAL - https://hujmb.gov.co/wp-content/uploads/proveedores/FINC4F%20FORMATO-VINCULACION%20PERSONA%20NATURAL.xlsx	✓	

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 de: _____

Powered by CamScanner

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: 1216971879

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1216971879	ROJAS	DE LA CRUZ	JUAN	CARLOS	2022-05-04, 3:45 pm

Todos los Derechos Reservados © Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2022

D.T.C.H SANTA MARTA DICIEMBRE DEL 2022

Doctor

JOSE RAFAEL DOMINGUEZ AYALA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ identificado con C.C No. 1.216.971.879 del Banco (Magdalena)

le solicito a usted dejarme ingresar como Auxiliar de Enfermería dentro del área de Psiquiatría espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Juan C. Rojas.

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

C.C No. 1.216.971.879 del Banco (Magdalena)

Powered by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 211512812

WEB
12:56:15

Bogotá DC, 15 de diciembre del 2022

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) JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1216971879:

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 Relacionamiento 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 15 de diciembre de 2022, a las 12:57:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1216971879
Código de Verificación	1216971879221215125716

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

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:41:47 PM horas del 15/12/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1216971879**
Apellidos y Nombres: **ROJAS DE LA CRUZ JUAN CARLOS**

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/12/2022 12:37:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1216971879 .**

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. **48644596** . 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

Jefatura de Reclutamiento
Ejército Nacional

Señor: JUAN ROJAS

La inscripción al proceso de definición de su situación militar se ha realizado exitosamente!

En estos momentos su información se encuentra en proceso de verificación y validación. Por tal motivo en los siguientes 30 días calendario le estaremos confirmando el resultado de este primer proceso.

Así mismo usted puede ingresar al portal y consultar el estado del proceso de su inscripción en el módulo de consulte su situación militar.

Cordialmente,

Dirección de Reclutamiento y Control Reservas

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14471344176

(415)7707212489984(8020) 000014471344176

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 2 1 6 9 7 1 8 7 9 | 6. DV: 7

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9

14. Buzón electrónico

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 2 1 6 9 7 1 8 7 9

27. Fecha expedición: 2 0 1 4 1 2 2 2

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Magdalena 4 7

30. Ciudad/Municipio: El Banco 2 4 5

31. Primer apellido: ROJAS

32. Segundo apellido: DE LA CRUZ

33. Primer nombre: JUAN

34. Otros nombres: CARLOS

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Magdalena 4 7

40. Ciudad/Municipio: Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 8 B 21 D 11 BRR ALFONSO LOPEZ

42. Correo electrónico: juanrrojass20@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 0 4 9 2 8 3 2 9

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 8 0 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código: 1: 2:

Ocupación

51. Código: 5 1 3 2

52. Número establecimientos:

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	1 2																									

Obligados 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

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

Para uso exclusivo de la DIAN

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 8 0 7 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 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Juan Rojas

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

984. Nombre: GRANADOS VARGAS FRANCISCO JESUS

985. Cargo: Gestor III

Fecha generación documento PDF: 04-07-2018 11:58:37AM

COPIA
DOCUMENTO SIN VALIDEZ
12-Ventas régimen simplificado

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	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ROJAS	DE LA CRUZ	JUAN CARLOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.216.971.879 — *SEXO*: F ( ) M (X) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 20 MES 12 AÑO 1996

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA, D.T.C. e H.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 8B No. 21D-11 ALFONSO LOPEZ

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA, D.T.C. e

TELÉFONO 3104928329 EMAIL juanrojascrz1@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 12 AÑO 2004
										X	

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*				
TC	10	X		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA	07	2	0	1	7	----------

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
MAGDALENA	SANTA MARTA, D.T.C. e H.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6054365007	DÍA 09 MES 05 AÑO 2022	DÍA 31 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXLIAR DE ENFERMERÍA	PSIQUIATRIA	CARRERA 14 No. 23-42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	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*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	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*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	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

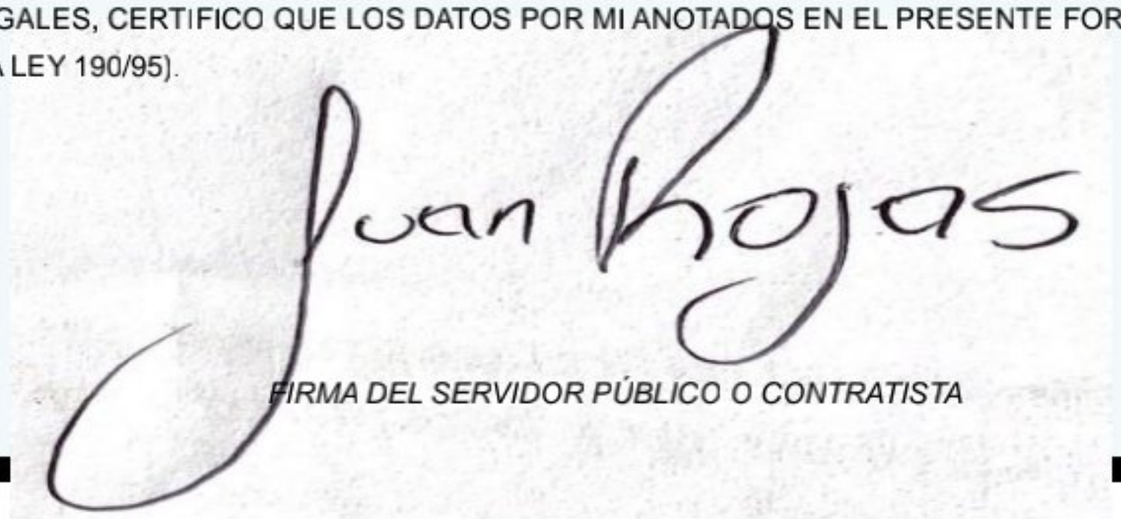
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE		3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) 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

INSTITUTO POLITÉCNICO DEL MAGDALENA

RES. N° 443 de 26 de Junio del 2014, Secretaría de desarrollo de la Educación del Departamento del Magdalena. Bachillerato para Adultos con énfasis en contabilidad.
Código del I.C.F.E.S 097469 Código del DANE 347245050242
NIT 900207365-8
Teléfono - 4293724 3103677923

EL Banco – Magdalena

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de **EL BANCO – MAGDALENA,** a los 6 días del mes de Diciembre de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último Grado, los suscritos Rector y secretaria en la rectoría del **Politécnico del Magdalena.** Institución aprobada hasta **UNDECIMO GRADO** en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de **BACHILLER** en la Modalidad de **TECNICO,** Aprobado por **Resolución No. 443 de 26 de Junio del 2014.** Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el **TITULO TÉCNICO CON ÉNFASIS EN CONTABILIDAD** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

ROJAS DE LA CRUZ JUAN CARLOS

Identificado con T.I. No 96122020166 de El Banco Magdalena.

Es fiel copia tomada del Acta Original No 028, Libro de graduación 029 de fecha 6 de Diciembre 2014, que consta de 67 alumnos que comienzan con el nombre de **ALVARADO TORRES PEDRO JUAN** y se cierra con el nombre de **ZABALETA GIL CRISTIAN DAVID** Firmada por **LEODITH PEDROZO MERIÑO** (Rectora) Y **LEODITH PEDROZO MARTINEZ** (Secretaria).

Dada en **EL Banco – Magdalena,** a los 6 días del mes de Diciembre de 2014. En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado con el Decreto 921 del 06 de Mayo de 1994.

LEODITH PEDROZO MERIÑO
C. C 39.005.178 de El Banco Magd.
(Rectora)

LEODITH PEDROZO MARTINEZ
C. C 39.017.066 de El Banco Magd.
(Secretaria)

CETECOS

CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS, OCUPACIONAL SISTEMATIZADA

ACTA DE CERTIFICADOS No. 2398

En la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena, República de Colombia, a las 10:00 a.m. del día 21 de Julio de 2017, se llevó a cabo el acto solemne de entrega de certificados de Aptitud Ocupacional por Competencias como Técnico Laboral en:

Auxiliar en Enfermería

A:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

Doc. Identidad: 1.216.971.879, Expedido en: El Banco (Magdalena)

El aspirante terminó sus estudios, y cumplió todos los demás requisitos exigidos por la institución para optar el certificado, tales como haber aprobado todos los módulos de formación, de conformidad con el reglamento vigente y se encuentra a Paz y Salvo con la institución por todo concepto.

La solemnidad estuvo presidida por los suscritos Director, Coordinador Académico, Secretaria General de la Institución y el Cuerpo Docente.

Número de Horas: 1800

Para Constancia se firma la presente acta en el número de copias que ordena el Reglamento Académico y se registra en el folio No. 087 del Libro de Actas No. 003.

DIRECTOR ACADEMICO
ALEXA DIAZGRANADOS PEREA

SECRETARIA
ANA K. AVENDAÑO GUTIERREZ

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
11/8/2017 Folios: 1
Origen: 1012/RPSS/REGISTROS PROFESIONALES SECRETARÍA DE SALUD
Destinatario: JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

E-2017-013223

RESOLUCIÓN Nro. 47 1582

Por la cual se registra un titulo
LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA
En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) señor (a) **JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,216,971,879, expedida en El Banco - Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACION** del ejercicio de su profesión según Título de **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, que le otorgó **LA CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS OCUPACIONAL SISTEMATIZADA - CETECOS,** según Acta de Grado No. 2398 del día 21 de Julio de 2017

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante este (a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1,216,971,879, expedida en El Banco - Magdalena, para ejercer la profesión de **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 14 AGO 2017

MANUEL NAVARRO RADA
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

Proyectó: Martha Vásquez
Revisó: Piedad De La Hoz Orozco.

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

C.C. 1.216.971.879

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 08 DE ENERO DEL 2022
DURACIÓN 20 HORAS.
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020
SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR)
PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION ENERO 2024

KAREN LOBO NARVAEZ.
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

GESTIÓN DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS
CEL 310 745 17 59

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com | Grupo Colombiano de Emergencias | @Grupocolombiano

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Nit. 900386743-5

www.gce.life

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

C.C. 1.216.971.879

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 09 DE ENERO DEL 2022

DURACIÓN 40 HORAS

Según Resolución 0459 del 2012.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No. 10316 de 09/07/2021**

KAREN LOBO NARVAEZ.
DIRECTORA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
LINEA NACIONAL: 310 7451759

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

FECHA DE RENOVACION ENERO 2024

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!

LINEA NACIONAL *310 7451759*

GESTIÓN NACIONAL *311 2842525*

grupocolombianodeemergencias@gmail.com *Grupo Colombiano de Emergencias* *@Grupocolombiano*

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente

CONSTANCIA A:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

C.C. 1.216.971.879

Por su participación como asistente del curso taller de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS"
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA
NIVEL BÁSICO "20 HORAS"

Entregado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena)
El día 08 de Enero del 2022

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).

Temario: Anatomía, fisiología y electrofisiología básica del corazón y la vía aérea. Atragantamiento OVACE (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño), Desovase (desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño) con paciente consciente e inconsciente, Técnicas y maniobras que salvan vidas.
Abordaje al paciente con paro respiratorio, Abordaje al paciente con paro cardio respiratorio del lactante, del niño y el adulto con uno y dos reanimadores, Ritmos de paro y enfoque en la reanimación, Manejo del DEA (desfibrilador externo automático), Cadena de la sobrevida y nemotecnia C A B D de la reanimación, técnicas de ventilación según el escenario.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardio pulmonar guías 2020, de acuerdo lo que exige la resolución 3100/2019 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 10316 de 09/07/2021

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No.20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
GESTIÓN DE ENTRENAMIENTO
CEL 310 745 17 59

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Cra 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3201207
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 310 745 1759 - 018000-942270

"Lo bueno del grupo es estar en el"
grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.gce.life

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
C.C. 1.216.971.879

Por su participación como asistente del curso taller de:

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"
"40 HORAS"

Entregado en la ciudad de Santa Marta (Magdalena)
El día 09 de Enero del 2022.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas). Según Resolución 0459 del 2012.

Temario: Pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual, Atención inicial a nivel psicosocial y comunicación asertiva con las víctimas de violencia sexual infantil, Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias, Valoración clínica inicial de la víctima., Examen clínico general de la víctima en violencia sexual, Pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima de abuso sexual, Señales de alerta para identificar una víctima de violencia sexual infantil, Prevención de la violencia sexual infantil y detección oportuna, Cadena de custodia.
LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No.20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
GESTIÓN DE ENTRENAMIENTO
PARA EMERGENCIAS
CEL. 310 745 17 59

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Cra 58 No. 70-129 Centro Médico Chicago
Oficina 409 Tel: (5) 3608191- 3201207
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 310 745 1759 - 018000-942270

"Lo bueno del grupo es estar en el"
grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.gce.life

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

C.C. 1.216.971.879

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (MAGDALENA) EL DÍA 04 DE FEBRERO DEL 2022

DURACIÓN 08 HORAS.

TEMARIO: PROTOCOLO PARA RESPONDER ANTE EMERGENCIAS, PRIMER RESPONDIENTE A INCIDENTES CON SUSTANCIAS Y/O AGENTES QUÍMICOS, VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA PARA INCIDENTES CON ATAQUES QUÍMICOS, SISTEMAS DE IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN CON SUSTANCIAS PELIGROSAS, MANEJO DE LAS 10 SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE CONSTITUYEN UNA PREOCUPACIÓN PARA LA SALUD PUBLICA SEGÚN LA OMS, ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS CAUSADOS POR ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS, PROTOCOLO DE SEGURIDAD Y BIOSEGURIDAD EN EL MANEJO DE VICTIMA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS, ATENCIÓN VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA MÉDICA.

Resolución 3100/2019. **LICENCIA No 10316 de 09/07/2021.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA NACIONAL COLOMBIA G.C.E.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
MEDICINA INTERNA-EPIDEMIOLOGA
RM No. 1020721546

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA No. 4451 DEL 24 DE ABRIL DE 2011 PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN DE SECRETARIA DE SALUD NIT: 900386743-5

FECHA RENOVACION FEBRERO 2024.

Cel. 3107451759

ORGULLOSAMENTE COLOMBIANO

Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!

LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270

LINEA NACIONAL 3107451759

grupocolombianodeemergencias@gmail.com | Grupo Colombiano de Emergencias | @Grupocolombiano

Servicios Médicos Domiciliarios LTDA

SERVIMED I.P.S

Calle 22 No. 14 - 05 • Local 101 C.C. Alcázares Plaza • Teléfono: 431 38 74
informacion@servimedips.com.co • www.servimedips.com.co

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	AÑO		
		DIA	MES	AÑO
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	03	05	2022

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre Y Apellido	Documento de Identidad			
JUAN ROJAS D'LA CRUZ	Tipo: CC	No	1216971879	
Direccion	Telefono			
Cargo: AUX ENFERMERIA	Sexo: M [ ] F [X]		Fecha de Nacimiento:	20-12-96

Tipo de Examen Ocupacional

Preocupacional	[X]	Periodico	[ ]	Post Ocupacional	[ ]	Manipulador Alimentos	[ ]
Reintegro Laboral	[ ]	Post Incapacidad	[ ]	Reubicacion	[ ]		

Examenes Practicados (N:Normal A: Anormal NR: No Realizado)

EXAMEN	N	A	LABORATORIOS /IMÁGENES	N	A
Medico Ocupacional	X				
Visiometria					
Espirometria					
Audiometria					

Aptitud Ocupacional Ingreso

Al examen medico no presenta defectos ni patologia aparente	X
Al examen medico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen medico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen medico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

¿Presenta Restricciones? Si [ ] No [ ] ¿Cuáles? _____

Observaciones:

Concepto Final de Aptitud Ocupacional

Apto sin Limitaciones	[X]	Apto con limitacione	[ ]	Aplazado	[ ]	Apto Manipular Alimentos	[ ]
No Apto	[ ]	Apto para Alturas	[ ]	No Apto para Alturas	[ ]	No Apto Espacios Confinados	[ ]
Apto Espacios Confinados	[ ]						

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas		Ocupacional				Habitos y estilos de vida saludable	
Remisión a EPS	[ ]	Uso de EPP	[ ]			Inicio de actividad física	[ ]
		Ingreso al SVE				Dejar de fumar	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Carga fisica	[ ]	Visual	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
		Ruido	[ ]	Biologico	[ ]	Control del peso	[ ]
Remisión a ARP	[ ]	Radiologico	[ ]	Radiaciones	[ ]	Otro:	[ ]
		Psicolaboral	[ ]	Cardiovascular	[ ]		
Citologia Vaginal	[ ]	otro	[ ]				

Dr. Gustavo Dev...
Especialista en Salud Ocu...
Resolución 152...

Firma del Medico
Licencia de Salud Ocupacional

Juan Rojas

Firma del Trabajador
CC No. 1216971879

CETECOS

INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
NIT. 819000864-8

La Corporación de Estudios Técnicos Ocupacional Sistematizada "CETECOS".
Aprobada con Resolución 108 de Febrero 18 de 1997 y 411.

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ, identificado (a) con C.C 1.216.971.879 **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA,** el cual culminó en julio de 2017, realizando sus prácticas por un periodo de siete (7) meses en las siguientes clínicas y/o puestos de salud:

- **LABORATORIO MEDILAB** (durante 2 semanas)
- **CLÍNICA MAR CARIBE** en el área de cirugía, urgencias, hospitalización y maternidad (4 meses)
- **PUESTO DE SALUD BASTIDAS** (1mes)
- **INSECAR** (1 un mes y medio)
- **SER SALUD** (1 un mes y medio)

Se expide la presente a solicitud del interesado (a) dado en Santa Marta, el día 17 del mes de Febrero de 2022.

Acuerdo 6.

ANA KARINA AVENDAÑO GUTIERREZ
Secretaria General

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1	03/05/22	2205018140	Belays M.
		2	04/06/22	2205018190	Belays M.
		3	04/12/22		
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual			
Otras					

Sección Vacunación
Secretaría Distrital Santa Marta
Nit. 891780027-9

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Juan Carlos

Apellidos: Rojas De la Cruz

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1216971879

Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 12 Año 1996

El servicio público es de todos | 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	[redacted]

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JUAN	CARLOS	ROJAS	DE LA CRUZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1216971879

Lugar de nacimiento

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	EL BANCO

Lugar de domicilio

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	EL BANCO

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	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Colombia	Departamento	Magdalena	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	CARRERA 14 NO. 23-42 ALCAZARES

Cargo o función que cumple	TÉCNICO AREA SALUD

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 último año gravable fueron:

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1216971879
NOMBRES	JUAN CARLOS
APELLIDOS	ROJAS DE LA CRUZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	MAGDALENA
MUNICIPIO	EL BANCO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 12/15/2022 12:58:23 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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:

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.216.971.879**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Diciembre del 2022.

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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1216971879, contratista de la empresa HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE, con NIT No. 891780185, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/08/2022 y fecha fin de contrato 31/12/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201022270017.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Diciembre de 2022.

MIS 4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 15/12/2022 1:01:25 p. m.
ISCDC: 15/12/2022 1:01:25 p. m.

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA		

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ													Sexo			
													M	X	F	

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1,216,971,879	BANCO (MAGDALENA)	22/12/2014

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X							X				X			X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
20	12	1996	BANCO (MAGDALENA)	CALLE 8 B No. 21 D 11 ALFONSO LOPEZ	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
juanrojascrz1@gmail.com	3104928329	NO

Ocupación (Seleccione)																	Actividad Principal CIIU				
Estudiante		Independiente		Empleado		Hogar		Jubilado													

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
	Publica		Privada		Mixta		Otra, cual?	

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	SANTA MARTA	ALCACERES	4346262

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales 1,800,000			Total Egresos mensules 1,800,000					
Otros Ingresos Mensules			Otros Egresos Mensuales					
Total Activos 1,800,000			Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes 12	Año 2022	Es declarante? 1,800,000	SI		NO	X	

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP?

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

NO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades licitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A.

Juan Rojas

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):