REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.216.971.879**

ROJAS DE LA CRUZ

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

Juan Rojas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

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

EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

22-DIC-2014 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2102500-01296645-M-1216971879-20220511 **00792**57260A 1 9919110632

HUJMB
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GTC-02-F
VERSION: 05
FECHA DE ULTIMA REVISION: 7/09/2023
PAGINA 1 DE 3

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Juan Carlos Rojas de la Cruz, identificado con Cédula No. 1276931379 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 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	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://sgi.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar **(Hombres menores de 50 años)**		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA **(CONDUCTOR DE AMBULANCIA)**		
9	RUT - Registro Unico Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida – Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado **(Bachiller, Universitarios y Especializados)**		
12	Certificado de antecedentes **ETICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual)**.		
13	Convalidación de Titulo **(Médicos Generales y Especialistas) – Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - **(Personal Asistencial)**		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS **(Personal Asistencial en general)**		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. **(Médicos y Especialistas)**		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 **(Personal Asistencial)**.		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal – **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	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*.		
25	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*)		
26	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*.		
27	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***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	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)**		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en **https://carpetaciudadana.and.gov.co/ *previo registro en el sitio web.***		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS –** Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 **(Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año)**		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud **(INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión **(INDEPENDIENTE – Mes Actual)**		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

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

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE	CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA EN BASE DE DATOS	CODIGO: GJC18F VERSION: 02 FECHA DE ULTIMA REVISION: 07/09/2023 PAGINA 1 de 1

El (la) suscrito(a) Juan Carlos Rojas de la Cruz identificado con C.C./C.E./P.P No. 1216971879 expedida en El Banco Mag, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día 07 del mes de septiembre de 2023.

Firma Juan Rojas
Nombre Juan Carlos Rojas de la Cruz
Cédula 1216971879

COPIA CONTROLADA

secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|Success

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Hombre
Cargo	Auxiliar de enfermería
Título	Sr.
Nombre	JUAN CARLOS
Apellidos	ROJAS DE LA CRUZ
Fecha de Nacimiento	20/12/1995 *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito*
Nombre y apellido	JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1216971879
Dirección	Calle 8B #21D11
Código postal	47001
Estrato	3
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	juanrojascrz1@gmail.com
Teléfono	
Celular	3104928329
Nivel Educativo	Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

D.T.C.H SANTA MARTA SEPTIEMBRE DEL 2023

Doctor

GERMAN VARGAS MOSQUERA

Gerente

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Ciudad

Cordial Saludo

A solicitud de su respetada institución yo Juan Carlos Rojas

identificado con C.C No. 1216971879 de El Banco Magdalena

le solicito a usted dejarme ingresar como Aux. Enfermeria dentro del área de Psiquiatria espero reunir las condiciones necesarias para tal cargo dentro de la empresa.

Atentamente

Juan Rojas

C.C 1216971879 de El Banco Mag

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1216971879, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	CARLOS
Primer Apellido:	ROJAS
Segundo Apellido:	DE LA CRUZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1216971879
Razón para el estado:	En Liquidación
Estado del ciudadano:	Por Liquidar

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de Septiembre de 2023, a las 11:08:21 AM.

Cordialmente,

TC. ROJAS FONSECA ALEXANDER

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

FÉ EN LA CAUSA

'ESTAMOS EN EL CORAZÓN DE LOS COLOMBIANOS Y AHÍ NOS VAMOS A QUEDAR'

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14523253841

(415)7707212489984(8020) 000001452325384 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 2 1 6 9 7 1 8 7 9	7	Impuestos y Aduanas de Santa Marta	1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 1 6 9 7 1 8 7 9	2 0 1 4 1 2 2 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena	4 7	El Banco	2 4 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	DE LA CRUZ	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena	4 7	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	45. Teléfono 2
	3 1 0 4 9 2 8 3 2 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 8 0 2 0 1					5 1 3 2	

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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 22

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

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	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1216971879	F ( ) M (X)	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 12 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO EL BANCO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

- CALLE 8 B No. 21 D 11 ALFONSO LOPEZ

PAÍS COLOMBIA DEPTO MAGDALENA

MUNICIPIO SANTA MARTA

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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2014
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

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 COMPLETO

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 O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6054346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	05	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE PSIQUIATRIA						*DIRECCIÓN* - CARRERA 14 No. 23 - 42 LOS ALACAZERES					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	7

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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 INCOPATIBILIDAD 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 SANTA MARTA

JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 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

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.

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar
6329

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2023-07-05→12:34:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1216971879	JUAN	CARLOS	ROJAS	DE LA CRUZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ identificado(a) con CC 1216971879 registra La siguiente información:

2023-07-05→12:34:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2017-08-14	471582	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

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).

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. 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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Juan Carlos Rojas De La Cruz

CC 1216971879 de El Bando, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo
con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-07
Fecha de vencimiento: 2025-06-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Juan Carlos Rojas De La Cruz

CC 1216971879 de El Bando, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-09
Fecha de vencimiento: 2025-06-09

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Juan Carlos Rojas De La Cruz

CC 1216971879 de El Bando, Magdalena

Realizó y aprobó el Curso de competencias esenciales para el cuidado del donante con un total de 60 Horas.

Fecha de emisión: 2023-06-08
Fecha de vencimiento: 2025-03-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

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

CETECOS

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

NTC 5555 icontec CS-CER412356

ISO 9001 icontec SC-CER415202

Certificación de Servicios icontec
NTC 5555-FT-CER415204
NTC 5663-CS-CER412356
NTC 5581-CS-CER507650

IQNet CO-SC-CER415202

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.

ANA KARINA AVENDAÑO GUTIERREZ
Secretaria General

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1216971879 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 07/09/2023 09:10 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

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	2023-02-15 12:26

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	HUJMB

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	MAGDALENA	Municipio	SANTA MARTA

Dirección	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el 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:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1216971879
NOMBRES Y APELLIDOS	Rojas De La Cruz,Juan Carlos
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rojas De La Cruz,Juan Carlos, a los 02 días del mes de septiembre del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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 2 de Septiembre del 2023.

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **JUAN CARLOS ROJAS DE LA CRUZ** con **CC** No. **1216971879**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 891780185 - HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**Fecha de última cobertura:** 01/09/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/09/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** AUXILIAR ENFERMERIA **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019103680.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

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 02	Año 2023		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):

Powered by CamScanner