



LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC16F
VERSION: 05
FECHA DE ULTIMA
REVISION: 1/06/2023
PAGINA 1 de 1

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, YO, Paula Rosas De la Cruz Identificado con Cédula No. 26070859 y Profesión Enfermera 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: [Firma]

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 - Disponible en: https://hujmb.com/siji/proveedores/pnatural.php		
5	Formato Consentimiento Informado - Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
6	Capture de Pantalla - Usuario SECOP II (Pantallazo)		
7	Propuesta de Servicios		
8	Libreta Militar (Hombres menores de 50 años)		
9	Licencia de Conducción- ACTIVA (CONDUCTOR DE AMBULANCIA)		
10	RUT - Registro Único Tributario		
11	Hoja de Vida - Función publica (SIGEP II)		
12	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (Bachiller, Universitarios y Especializados)		
13	Certificado de antecedentes ÉTICO PROFESIONAL - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera (fecha vigente - MES actual).		
14	Convalidación de Título (Médicos Generales y Especialistas) - Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.		
15	Resolución departamental para ejercer profesión - (Personal Asistencial)		
16	Tarjeta Profesional		
17	RETHUS (Personal Asistencial en general)		
18	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde \$250.000.000 millones de pesos. (Médicos y Especialistas)		
19	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (Personal Asistencial).		
20	Certificado de curso SOPORTE VITAL BASICO - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
21	Certificado de curso SOPORTE VITAL AVANZADO Enfermeras y Médicos, (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
22	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico - PALS (Pediátras) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
23	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal - NALS (Neonatólogo) (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
24	Certificado de Curso de CUIDADOS INTENSIVOS (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
25	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.		
26	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)		
27	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.		
28	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS (Personal Asistencial del área de Urgencias y Transporte Asistencial).		
29	Curso de PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia), (Vigencia no Superior a DOS (02) años).		
30	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)		
31	Soporte de experiencia laboral.		
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://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (INDEPENDIENTE - fecha no superior a 30 días)		
36	Certificado SARLAF - PERSONA NATURAL - https://www.hujmb.com/wp-content/uploads/2021/12/FINC4F-FORMATO-VINCULACION-PERSONA-NATURAL-3-1.xlsx		

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

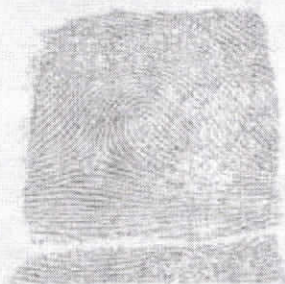
NÚMERO 26.670.859
ROJAS DE LA CRUZ

APELLIDOS
PAOLA ALEXANDRA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-SEP-1978

SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

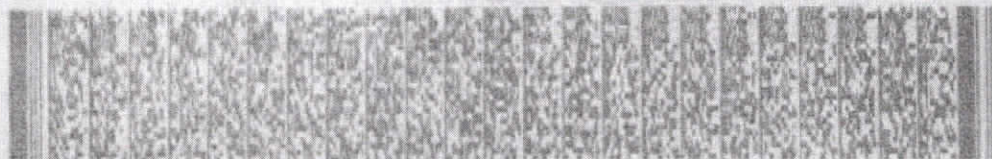
O+
G.S. RH

F
SEXO

21-ABR-1997 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

ÍNDICE DERECHO


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2100100-00716833-F-0026670859-20150624

0044545185A 1

44132200



Pantalla
Principal



Buscar
Identificación



Ingrese número de identificación

26670859

Has buscado el número de identificación: 26670859

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	26670859	ROIAS	DE LA CRUZ	PAOLA	ALEXANDRA	2023-12-13, 7:28 pm

El (la) suscrito(a) Paola Rojas De La Cruz identificado con C.C./C.E./P.P No. 26670859 expedida en Santa Marta, 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 _____ del mes de Diciembre de 2023.

Firma

Nombre

Cédula

Paola Rojas De La Cruz
Paola Rojas De La Cruz
26670859 de Santa Marta

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario

Género Mujer

Cargo

Título

Nombre PAOLA

Apellidos ROJAS DE LA CRUZ

Fecha de nacimiento 19/09/1978 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Nombre y apellido PAOLA ROJAS DE LA CRUZ

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 26670959

Dirección cra 6 #26 a 167 los angeles

Código postal 47001

Estrato 3

Ubicación Santa Marta

País COLOMBIA



PROPUESTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Santa Marta, Magdalena

PRESENTADA POR: Paola Alexandra Rojas De la Cruz

Cargo: Enfermera jefe, Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud

ASUNTO: Propuesta de trabajo para ejecución de Prestación de Servicios en la ESE Alejandro Prospero Reverend, de la ciudad de Santa Marta, Magdalena

Para la ejecución de los programas que la ESE presta en la ciudad de Santa Marta, y conociendo de antemano el compromiso que tiene la ESE para garantizar al SOGSS, brindar servicios con calidad, ofrezco mis servicios como Enfermera Jefe. Cuento con experiencia de más de 10 años, en la parte administrativa, asistencial y humanitaria; he coordinado equipos interdisciplinarios y proyectos con población vulnerables con ONG extranjeras; tengo experiencia en la parte de salud pública, auditorías de calidad a la red de servicios de las EPS y auditorías en el sector público y privado; en la coordinación y de programas de mantenimiento de la salud y pacientes crónicos. Recientemente termine la especialización de Gerencia en la Calidad en Salud y me encuentro próxima a recibir mi grado de especialista. Estas experiencias me hacen capaz de ejecutar a cabalidad las funciones y actividades que se deriven de la puesta en marcha de las actividades a contratar.

OBJETIVO:

Aplicar los conocimientos adquiridos en la prestación de los servicios de enfermería tanto en la parte asistencial como administrativa, buscando realizar una atención con calidad y calidez

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

- Prestar los servicios de enfermería tanto en la parte asistencial como administrativa
- Liderar los procesos de mejoramiento continuo según la norma establecida, implementando procesos de calidad de acuerdo a las actualizaciones vigentes.
- Atención directa de las auditorías
- Emisión de indicadores
- Liderar proceso de acreditación y habilitación
- Liderar norma ISO 9001 y Norma 3100
- Apoyar la elaboración de información requerida por los diferentes entes de control para el reporte de los informes que se solicitan
- Manejo y promoción del PAMEC
- Apoyar los procesos de aseguramiento (notificación y análisis de datos)

Atte:



cc: 26670859

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14624353721



(415)7707212489984(8020) 000001462435372 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 6 6 7 0 8 5 9

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

2 6 6 7 0 8 5 9

27. Fecha expedición

1 9 9 7, 0 4, 2 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

31. Primer apellido

ROJAS

32. Segundo apellido

DE LA CRUZ

33. Primer nombre

PAOLA

34. Otros nombres

ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

40. Ciudad/Municipio

Santa Marta

0 0 1

41. Dirección principal

CR 6 26 A 167 BRR LOS ANGELES

42. Correo electrónico

palexrode@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 3 9 0 4 7 9 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2, 0 8, 1 7

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 0 3, 1 6

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 4

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 06 - 17

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



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Bogas</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>De La Cruz</u>	NOMBRES <u>Paola Alexandra</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. _____	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>19</u> MES <u>09</u> AÑO <u>1978</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Magdalena</u> MUNICIPIO <u>Santa Marta</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 6 # 26 a 667</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Magdalena</u> MUNICIPIO <u>Santa Marta</u> TELÉFONO <u>3003904640</u> EMAIL <u>paolaxrodr@hotmil.com</u>	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	FECHA DE GRADO
										X	MES <u>11</u> AÑO <u>1995</u>

EDUCACIÓN 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		
Es	2		X	Gerencia de la auditoria en salud	06	20	23	
Un	10	X		Enfermería	05	20	12	23424

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 <i>Americares Foundation</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>cabril@Americares.org</i>	
TELÉFONOS <i>3118160782</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Coordinadora de Proyecto</i>	DEPENDENCIA <i>Salud</i>	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Americares Foundation</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>cabril@Americares.org</i>	
TELÉFONOS <i>3118160782</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera de Proyecto</i>	DEPENDENCIA <i>Salud</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 24 # 4-38</i>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Comfaguajira EPS</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>La Guajira</i>	MUNICIPIO <i>Riohacha</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Enfermera Salud pública</i>	DEPENDENCIA <i>Salud</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 13 # 8-176</i>	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD <i>Funivide IPS</i>	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Magdalena</i>	MUNICIPIO <i>Santa Marta</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Coordinadora de Sede</i>	DEPENDENCIA <i>Coordinación</i>	DIRECCIÓN <i>Barrio el Sardin Cra 22 # 215</i>	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Santa Marta, 5 de diciembre 2023


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

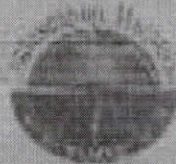
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia,
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad del Magdalena



Confiere el título de
Enfermera

a

Paola Alexandra Rojas De La Cruz

C.C. No. 20.670.350 de Santa Marta

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos,
en testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA, A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DE 2012

[Firma]
Rector

[Firma]
Secretaria General

Registado en el Libro de Registro de la Universidad del Magdalena



UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO No. 0294

En Santa Marta D.T.C. a 14, suceso las 06:00 A.M. del día 8 del mes de mayo de 2012, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, acompanyada por estudiantes:

PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ
C.C. No. 26.670.855 de Santa Marta

El título de **ENFERMERA**, por haber cumplido todos los requisitos exigidos por la **UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA** para su otorgo.

Se le otorga juramentando de rigor a **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ**, y se le hizo entrega del diploma que la acredita como **ENFERMERA**.


RUTHEN RODRIGUEZ CABALLERO
Vicerrector


VICERECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA
Doctor en Medicina



GOBERNACION DEL MAGDALENA
SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD
DESARROLLO DE SERVICIOS



RESOLUCIÓN No. 47 764

"Por la cual se registra un título"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 3 de 1994, según facultad
otorgada por el Decreto 3134 de 1956 y

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor (a) **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ** identificada (a)
con cédula de ciudadanía No. 26.670.859, expedida en Santa Marta -
Magdalena, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN** del ejercicio de
su profesión según Título de **ENFERMERA**, que le otorgó, **LA UNIVERSIDAD DEL
MAGDALENA**, Santa Marta - Magdalena, según Acta de Grado No. 0254
del 4 de Mayo de 2012, Diploma anotada al Folio No. 012 del Libro No. 36.

Que **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ** participó en el sorteo de plazas
para Servicio Social Obligatorio realizada en la Secretaría Seccional de
Salud del Magdalena el día 20 de Abril del 2012, dando cumplimiento a la
Resolución No. 274 del 9 de Diciembre del 2011, expedida por el Ministerio
de Salud y Protección Social.

Que una vez realizada el sorteo, **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ**,
no salió favorecido (a) quedando exonerado (a) de prestar el **SERVICIO
SOCIAL OBLIGATORIO**.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ**,
identificada (a) con cédula de ciudadanía No. 26.670.859, expedida en
Santa Marta - Magdalena para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en el
Territorio Nacional e inscribirla (a) para laborar en el Departamento.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica
diferente a donde se otorgó el título o certificado la persona deberá
inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a
laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 11 de Julio del 2012


ZANDRA LUCÍA CASTAÑEDA LÓPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena
RESPECTO POR EL MAGDALENA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO UNICO NACIONAL DE DEFENSA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia A.N.E.C.

Identificación

 **Nombre:** PAOLA ALEXANDRA
Apellido: ROJAS DE LA CRUZ
C.C. 38.878.888 SANTA MARTA
Unidad: UNIC. MARITIMO
Act. No. 13434
Fecha de Emisión: 05/06/2013

RETHUS

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) PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ identificado(a) con CC 26670859 registra la siguiente información:

2023-11-17--8:02:40 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2012-08-03		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2012-06-04	764	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).



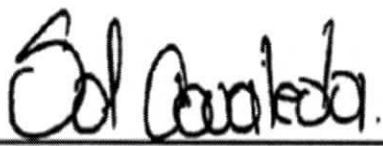
Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no
formal Art. 2.6.6.8.

Certifica
Paola Alexandra Rojas De la Cruz
CC 26670859 de Santa Marta - Magdalena

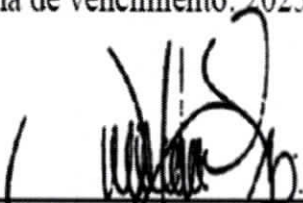
Realizó y aprobó el curso abordaje integral a víctimas de violencia sexual (AIVVS) - CODIGO GRIS
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-04
Fecha de vencimiento: 2025-12-04

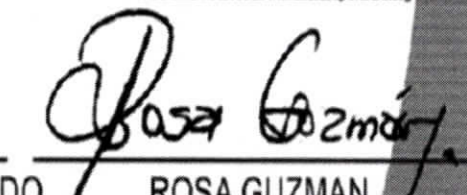




ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

CERTIFICA QUE:

Paola Alexandra Rojas De La Cruz

Con Cédula de Ciudadanía No. 26.670.859

Cursó y aprobó satisfactoriamente los módulos del contenido programático del Diplomado en:

**GERENCIA Y AUDITORIA
EN SERVICIOS DE SALUD**

Iniciando el 6 de Octubre y finalizando el 26 de Noviembre de 2011, con una intensidad horaria de 120 horas.

En Constancia de lo anterior se expide el presente diploma en Santa Marta D.T.C.H., a los 26 días del mes de Noviembre de 2011


Guillermo Izout Guardiola
Decano Facultad
Ciencias de la Salud


Ediltrudis Ramos De la Cruz
Directora Programa de Enfermería



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

Certifica

Paola Alexandra Rojas De la Cruz

CC 26670859 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Soporte Vital Avanzado RCCP (ACLS)
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-03

Fecha de vencimiento: 2025-12-03



FUNDACIÓN NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.org



ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica

Paola Alexandra Rojas De la Cruz

CC 26670859 de Santa Marta - Magdalena

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

Fecha de emisión: 2024-01-10

Fecha de vencimiento: 2026-01-10



verifique la autenticidad
de su certificado en la página

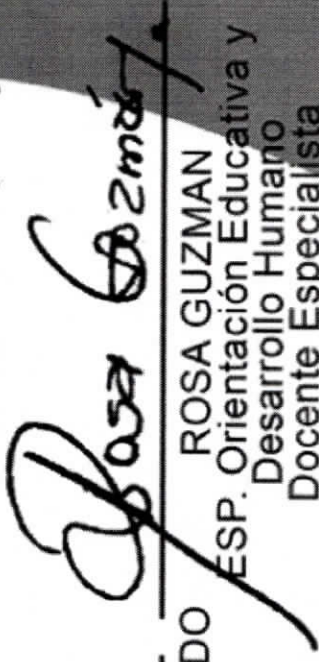
www.fundacionnuestraoradelaesperanza.org



ING. SOLANLY COVALEDA
Representante Legal.



DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3208
Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista



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

Certifica

Paola Alexandra Rojas De la Cruz

CC 26670859 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos De
1033 de 2014.
con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-02

Fecha de vencimiento: 2025-12-02



FUNDACIÓN NUESTRA

SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestraenora delaesperanza.org

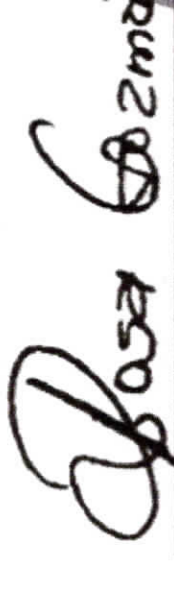


ING. SOLANILLY COVALEDA
Representante Legal.

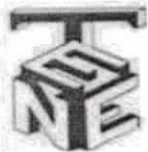


DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
RP 3206

Docente.



ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa
Desarrollo Humano
Docente Especialista



TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:

"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 26.670.859, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los siete (07) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

AMC-GH-PRM-130

En representación de **AMERICARES FOUNDATION, INC., AMERICARES FOUNDATION INC.**
(Colombia)

CERTIFICA:

PRIMERO. Que, en desarrollo de la asistencia brindada por el Gobierno de los Estados Unidos de América, a través del Departamento de Estado, y de acuerdo con el convenio de cooperación No. SPRMCO21CA225 suscrito entre Bureau of Population, Refugees and Migration- (BPRM) y **AMERICARES FOUNDATION INC,** (Colombia) se implementó el programa denominado servicios de salud para migrantes, refugiados y comunidades de acogida venezolanos en Colombia, en un periodo inicial comprendido desde el 15 de septiembre de 2021 al 15 de septiembre de 2022.

SEGUNDO. Que, en desarrollo de la asistencia brindada por el Gobierno de los Estados Unidos de América, a través del Departamento de Estado, y de acuerdo con el convenio de cooperación No. SPRMCO22CA0297 suscrito entre Bureau of Population, Refugees and Migration- (PRM) y **AMERICARES FOUNDATION INC** se implementó la fase 2 del programa de acceso a servicios de salud para migrantes, refugiados y comunidades de acogida venezolanos en Colombia, por un periodo comprendido desde el 16 de septiembre de 2022 al 15 de septiembre de 2023

TERCERO. Que **AMERICARES FOUNDATION INC.** (Colombia) es una entidad debidamente constituida en Colombia en calidad de Entidad Extranjera Sin Ánimo de Lucro, registrada ante Cámara de Comercio de Bogotá el 9 de noviembre de 2018 y con número de identificación tributaria N.I.T. 901.232.414 – 1, y está debidamente facultada por su casa matriz, **AMERICARES FOUNDATION, INC** para operar en Colombia los proyectos, acuerdos y programas que sean gestionados y bajo los estándares de ayuda humanitaria.

CUARTO. Que el/la señor(a) **Paola Alexandra Rojas De La Cruz,** identificado/a con cédula de ciudadanía No. 26.670.859 de Santa Marta, laboro en **AMERICARES FOUNDATION INC.** (Colombia), desempeñándose como **Coordinador de Proyecto Sede Cali** para los programas que se relacionan en los numerales Primero y Segundo de esta certificación, tuvo un contrato de trabajo a término Indefinido, que dio inicio el 17 de Agosto/2022 y finalizo el 31 de Julio de 2023.

QUINTO. Esta información puede ser corroborada a través del correo electrónico Cabril@americares.org.

Para constancia se expide en Bogotá D.C. a los Veintisiete (27) días de Septiembre de 2023.

Por **AMERICARES FOUNDATION INC.** (Colombia),



Carolina Abril
Directora de Gestión Humana y SST

AMC-GH-336

En representación de **AMERICARES FOUNDATION, INC., AMERICARES FOUNDATION INC. (Colombia)**

CERTIFICA:

PRIMERO. Que, en desarrollo de la asistencia brindada por el Gobierno de los Estados Unidos de América bajo el Convenio General para Ayuda Económica, Técnica y Afín de fecha 23 de Julio de 1962 y de acuerdo al Acuerdo de Cooperación No. 720FDA18CA00034, suscrito entre USAID/OFDA y **AMERICARES FOUNDATION, Inc., AMERICARES FOUNDATION INC. (Colombia)** implementó el proyecto denominado "Intervención Sanitaria de Emergencia de Americares En Colombia En Respuesta a la Crisis Regional de Venezuela: Servicios Clínicos y Acceso a Medicamentos" de la **AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL – USAID** en el periodo comprendido entre el 16 de agosto de 2018 y 15 de agosto de 2019.

SEGUNDO. Que, en desarrollo de la asistencia brindada por el Gobierno de los Estados Unidos de América bajo el Convenio General para Ayuda Económica, Técnica y Afín de fecha 23 de Julio de 1962 y de acuerdo al Acuerdo de Cooperación No. 720FDA19CA00071, suscrito entre USAID/OFDA y **AMERICARES FOUNDATION, Inc., AMERICARES FOUNDATION INC. (Colombia)** implementa el proyecto denominado "Intervención Sanitaria de Emergencia de Americares En Colombia En Respuesta a la Crisis Regional de Venezuela: Servicios Clínicos y Acceso a Medicamentos" de la **AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL – USAID** en el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2019 y 15 de agosto de 2020.

TERCERO. Que, en desarrollo de la asistencia brindada por el Gobierno de los Estados Unidos de América bajo el Convenio General para Ayuda Económica, Técnica y Afín de fecha 23 de Julio de 1962 y de acuerdo al Acuerdo de Cooperación No. 720FDA19CA00071, suscrito entre USAID/OFDA y **AMERICARES FOUNDATION, Inc., AMERICARES FOUNDATION INC. (Colombia)** implementa el proyecto denominado "Intervención Sanitaria de Emergencia de Americares En Colombia En Respuesta a la Crisis Regional de Venezuela: Servicios Clínicos y Acceso a Medicamentos" de la **AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL – USAID** en el periodo comprendido entre el 15 de agosto de 2020 y 15 de agosto de 2022.

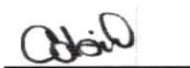
CUARTO. Que **AMERICARES FOUNDATION INC. (Colombia)** es una entidad debidamente constituida en Colombia en calidad de Entidad Extranjera Sin Ánimo de Lucro, registrada ante Cámara de Comercio de Bogotá el 9 de noviembre de 2018 y con número de identificación tributaria N.I.T. 901.232.414 – 1, y está debidamente facultada por su casa matriz, **AMERICARES FOUNDATION, INC** para operar en Colombia los proyectos, acuerdos y programas que sean gestionados y bajo los estándares de ayuda humanitaria.

QUINTO. Que el/la señor(a) **Paola Alexandra Rojas De La Cruz**, identificado/a con cédula de Ciudadanía No. 26.670.859 de Santa Marta, laboro en **AMERICARES FOUNDATION INC. (Colombia)**, desempeñándose como **Enfermera** para los programas que se relacionan en los numerales Segundo y Tercero de esta certificación, tuvo un contrato de trabajo a término Indefinido, que dio inicio el 15 de Septiembre/2019 y finalizo el 15 de Agosto/2022

SEXTO. Esta información puede ser corroborada a través del correo electrónico Cabril@americares.org.

Para constancia se expide en Bogotá D.C. a los Veintisiete (27) días de Septiembre de 2023.

Por **AMERICARES FOUNDATION INC. (Colombia)**,



Carolina Abril
Directora de Gestión Humana y SST



NIT 812.005.194-9

FUNDACIÓN INTEGRAL PARA UNA NUEVA VIDA – FUNIVIDA

NIT. 812.005.194-9

CERTIFICA:

Que él(a) señor(a). **ROJAS DE LA CRUZ PAOLA ALEXANDRA**, identificado(a) con **CC. 26.670.859**, laboró para **FUNIVIDA** en el cargo de **COORDINADOR DE SERVICIOS**, en el Municipio de **SANTA MARTA - MAGDALENA**, desde el día 2 de enero de 2017 hasta 6 de julio de 2017, mediante vinculación de Contrato de Trabajo Por Obra y Labor Determinada N°1271 y devengando un salario mensual de (\$1.700.000).

Para constancia de lo anterior se firma en Montería a los 18 días del mes de julio de 2017.

Cordialmente,

JORGE RAMOS NEGRETE
COORDINADOR DE TALENTO HUMANO

T.H.CLV.01

LIDERTEMP LTDA

NIT 900733827-4

CERTIFICA QUE:

La señora **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ**; identificada con cedula de ciudadanía no. 26.670.859 de Santa Marta (Magdalena); estuvo vinculada a esta empresa con contrato por Labor ó Obra Determinada en el siguiente periodo:

17 de Septiembre de 2018 al 16 de Diciembre de 2018

Desempeñando el cargo de **ENFERMERA EN SALUD PUBLICA** Para **COMFAGUAJIRA EPS**; mostrando gran sentido de responsabilidad y pertenencia.

La presente se expide a solicitud del interesado. Dado en Riohacha a los dieciocho (18) días del mes de Diciembre del año 2018.



ANDREA ISABEL ACOSTA
Jefe de Talento Humano



Servicio Comunitario de Salud - EPS-S

Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Promotora de Salud Subsidada (COMPARTA EPS-S)
RUT 900000000-9

La Suscrita Coordinadora Administrativa de la Cooperativa de Salud Comunitaria

COMPARTA EPS-S

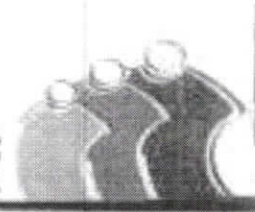
CERTIFICA QUE:

La señorita **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 26.670.859 expedida en Santa Marta (Magdalena), labora en esta empresa desempeñándose en el área de Coordinación Regional Del Riesgo, desde el 18 de Enero de 2013 con una asignación mensual de \$ 1.780.000 (Un Millón Setecientos Ochenta Mil Pesos M/L) a través de contrato a término fijo.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada en la ciudad de Barranquilla a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2015 Dirigido a COMUTRA.



CINDY FONTALVO ORTIZ
Coordinador Administrativo Regional Norte
COMPARTA EPS-S





ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA

NIT. 817.001.773-3

Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997

Dirección General de Asuntos Indígenas – Ministerio del Interior



AIC-TH-372

EL SUSCRITO JEFE DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que la señora **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 26.670.859 expedida en Santa Marta (Magdalena), laboró en la ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC-E.P.S. INDIGENA, desde el 22 de septiembre de 2015 mediante el contrato de trabajo Acuerdo Compromisario Comunitario -TERMINO FIJO hasta el 31 de Diciembre de 2014.

Quien se desempeño en el cargo de Asistente Gestion del Buen Vivir en el área de Apoyo Organizativo y Socio Cultural, con un salario básico mensual de \$ 1.985.500 (Un millón novecientos ochenta y cinco mil quinientos pesos m/cte.)

La presente certificación se firma en Popayán Cauca, a los 04 días del mes de Diciembre de 2015 a solicitud de la interesada.

Carol Johanna Ortega Sanchez
Asociación Indígena del Cauca
AIC EPS-I

Elaborado por:
Liliana Mulcué T.
Aux. Nomina y Seguridad Social

TALENTO HUMANO

Popayán, Cauca – Calle 1 No. 4 – 66. B/ Vásquez Cobo Teléfonos (092) 8380200 Ext: 128 – 146 Cel.3166919294

Email: talentohumano@aicsalud.org.co o nomina1@aicsalud.org.co





INSTITUTO DE
REHABILITACIÓN
INTEGRAL SAMUEL LTDA.
N.I.T. 900.136.752-1

Eres capaz!

CERTIFICO QUE:

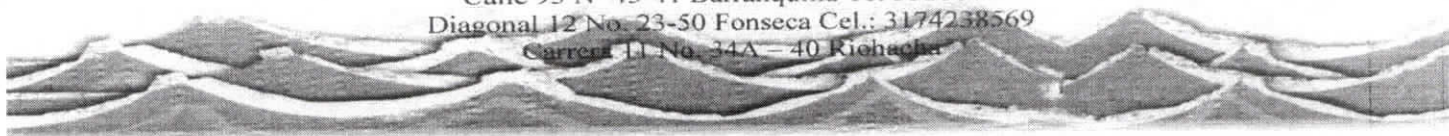
PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 26.670.859 de Santa Marta, laboro con nosotros como **COORDINADORA DE PROGRAMAS**, con un contrato de trabajo a término fijo desde el 10 de Abril de 2014 hasta el 24 de Septiembre de 2014, con una asignación salarial de \$1.500.000.

Esta certificación se expide por solicitud de la interesada a los Veintiséis, (26) días del mes de Noviembre de 2015.

Atentamente:


YETTIS CRISTINA COSTA MORON
Directora General

Carrera 7 No. 8A - 33 La Paz Tel. 5770242 Celular 3174023805
Calle 6C No. 13B -70 Valledupar Tel 5845794
Calle 93 N° 43-41 Barranquilla Tel 3528809
Diagonal 12 No. 23-50 Fonseca Cel.: 3174238569
Carrera 11 No. 34A - 40 Riohacha



RIOHACHA, MAYO 06 DEL 2014.

SEMILAS DE ESPERANZAS IPS S.A.S

CERTIFICA QUE:

La señora PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ identificada con cedula 26.680.859 DE SANTA MARTA prestó sus servicios en nuestra institución desde el 23 de septiembre de 2013 hasta el 01 de Abril de 2014, desempeñando el cargo de COORDINADORA del área de Promoción y Prevención para la oficina de **Comfacor EPS-S** de la ciudad de Riohacha.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado a los 06 días del mes de mayo de 2014.



DULMIS MANUEL CURVELO GAMEZ
Coordinador Sede Guajira

BARRANQUILLA , 26 de Agosto del 2013

CERTIFICAMOS



Que PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 26670859, laboró en nuestra empresa como empleado temporal en misión desde el 05 de Septiembre del 2012 mediante diferentes contratos independientes y autónomo cada uno de ellos, que tuvieron solución de continuidad, de los cuales el trabajador recibió las liquidaciones de sus derechos laborales, hechas de manera completa por la empresa y pagados al trabajador sin que éste hiciera alguna salvedad.

El último contrato inicio el 12 de Febrero del 2013 y concluyó el 22 de Julio del 2013

Empresa Usuaria: RTS S.A.S.

Cargo Desempeñado: ENFERMERO JEFE ASISTENCIAL

Cordialmente,


Firma Autorizada
Oriette Henríquez Barraza
Directora Oficina
6711896 Lunes 26 de Agosto del 2013 12:17:02 ()
LISTOS S.A.S.
GENTE LISTA - SIEMPRE LISTO



Call: Calle 21 Nte. No. 8N-21 PBX: 608 4848 Fax: 668 2625 - 660 2258 - Bogotá: Carrera 47 No. 100-41 PBX: 601 2222 Fax: 622 4967
Oficinas: Medellín - Barranquilla - Bucaramanga - Pereira - Santa Marta - Cartagena - Ibagué - Villavicencio - Palmira - Tuluá - Buga
Santander de Quilichao - Buenaventura - Duitama - Pasto - Neiva - Ciénaga Afiliado a Acoset www.listos.com.co



**Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso**

Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 19/Dic/2023, Hora: 07:38:20 a.m.

Apellido: Rojas De La Cruz

Tipo Doc: CC

Empresa: Particular

Cargo: Enfermera

Direccion: Cra 6 No 26a-167

Telefono: Celular: 3003934640 Email: Estado Civil: Soltero

Ciudad: :: No Aplica ::

Peso: 86 Kg Estatura: 165 Cm IMC: 31.5 Escolaridad: Universitario Jornada Laboral: Sin Definir

EPS: Saludtotal ARL: Sura AFP: Porvenir

HC: # 84250

Edad: 45 años

Sexo: Femenino ♀

Nacim: 19/Sep/1978

Rh: O+

Exámenes Realizados

Examen Con Enfoque Osteomuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural

Ejercicio Regular

Induccion Al Sitio De Trabajo

Pausas Activas

Estilo De Vida Saludable

Uso De Tapabocas Permanente

Cumplir Con Las Normas De Bioseguridad

Observaciones

Mirta Nuñez Gutiérrez
Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
C.O.P. 1725

Mirta Nuñez Gutiérrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386



Paola Alexamdra Rojas De La Cruz
CC 26670859

Huella
Digital

Certificado de Vacunación

Institución: Unidad de Salud
 Nombre: Edna Vela
 Identificación: 2564559 Tel: _____

Vacuna	Dosis/Tiempo	Fecha	Estado
Hepatitis B (Munich)	1	20-04-19-01	Completado
Hepatitis B (Munich)	2		Completado
Difteria/Tetanos/Meningitis	1		Completado
Difteria/Tetanos/Meningitis	2		Completado

Elaborado por: _____

Supervisor: _____

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 26670859 **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 05/12/2023 07:16 AM



Código Verificación: **NUGR19A7BE**

Válida hasta: **04/03/2024**

Dirección de Gobierno Digital MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA
INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PAOLA	ALEXANDRA	ROJAS	DE LA CRUZ

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="26670859"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	

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	<input type="text" value="ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE"/>
--	---

Lugar de sede			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="MAGDALENA"/>	Municipio <input type="text" value="SANTA MARTA"/>	
Dirección	<input 14="" 23-42="" alcazares"]"="" carrera="" no.="" type="text" value="["/>		
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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	\$49.664.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$4.332.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$53.996.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$1.253,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETAS DE CREDITO	\$4.587.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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:

--

Bogotá, Diciembre 18 de 2023

Señora:

ROJAS DE LA CRUZ PAOLA ALEXANDRA

CC. 26670859

CR 6 26 A 167 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 21 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MARTINEZ ROJAS SAMUEL ALEJANDRO	1082883074	T	May-21-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MARTINEZ ROJAS GERONIMO SAMUEL	1146542993	R	May-21-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ROJAS DE LA CRUZ PAOLA ALEXANDRA	26670859	C	May-21-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MARTINEZ HURTADO MARLON	8736918	C	May-21-2020	52	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna

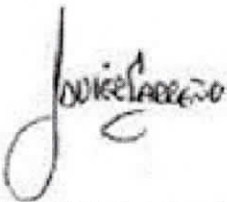
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AMERICARES FOUNDATION INC	26670859	Dependiente	CERRADO
AMERICARES FOUNDATION INC	26670859	Dependiente	CERRADO
UNIDAD D ATENCION INTEGRAL SEMBRANDO ESPERANZA SAS	26670859	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**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:

PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.670.859**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Nombre y Firma Global de cada miembro