PANTALLAZO DEL SECOP



PROPUESTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Septiembre del 2024, 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 contrato de Prestación de Servicios en la ESE Alejandro Prospero Reverend, en el programa de Equipos Básicos de Salud 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, auditorias de calidad a la red de servicios de las EPS y auditorias en el sector público y privado; en la coordinación y de programas de mantenimiento de la salud y pacientes crónicos, participe en la primera fase del programa de Equipo Básicos en los diferentes microterritorios asignados por la coordinación.

Especialista en Gerencia en la Calidad en Salud, la cual coloco a disposición de la coordinación en el programa EBS. Estas experiencias me hacer 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 tanta en la parte asistencial como administrativa, buscando realizar una atencion con calidad y calidez

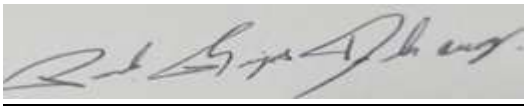
CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

- 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 vigente.

- Apoyar la elaboración de información requerida por la coordinación, para el reporte de los informes que se solicitan del programa
- Realizar acompañamiento al equipo de auxiliares asignadas, y coordinar las actividades necesarias para lograr las metas requeridas
- Apoyar los procesos de aseguramiento, canalizaciones, identificación de casos y planes de cuidados a los usuarios encontrados en las comunidades.

Atentamente:



Paola Rojas De La Cruz

CC.: 26.670.859 de Santa Marta

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rojas	de la Cruz	Paola Alexandra

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 26670859	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 19 MES 09 AÑO 1978	CARRERA 6 26A 167 Los Angeles			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	MAGDALENA	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA MARTA	TELÉFONO	3003934640	EMAIL	palexrode@hdmail.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 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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD	12	2023	32434
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	06	2011	32434

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AMERICARES FOUNDATION INC COLOMBIA			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3005190456	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	09	Año	2022	Día	31	Mes	07	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 017 DE 2009 COORDINADORA	DEPENDENCIA COORDINACION DE PROYECTOS					DIRECCIÓN CARRERA 22 4 49						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3051904456	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	15	Mes	09	Año	2019	Día	15	Mes	08	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2008 ENFERMERA	DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					DIRECCIÓN CALLE 24A 24 48						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	MUNICIPIO RIOHACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3014541433	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	17	Mes	09	Año	2018	Día	16	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA SALUD PUBLICA	DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CALLE 13 8 176						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7956606	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	01	Año	2017	Día	07	Mes	07	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1220 - COORDINADORA LOCAL	DEPENDENCIA AREA EN SALUD DE SERVICIOS					DIRECCIÓN CARRERA 22 22A 176						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3004862268	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	13	Mes	01	Año	2015	Día	31	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA SALUD PUBLICA	DEPENDENCIA ACCIONES EN SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 4 24 48 EDIFICIO 4/24 OFICINA 1505						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI			PÚBLICA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	MUNICIPIO SANTA MARTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3166909014	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	22	Mes	09	Año	2014	Día	31	Mes	12	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1067 2014 ENFERMERA ESPECIALIZ	DEPENDENCIA BUEN VIVIR EN FAMILIA					DIRECCIÓN CARRERA 12B 16B 16						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	MUNICIPIO RIOHACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3041027696	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	04	Año	2014	Día	24	Mes	09	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR DE PROGRAMAS	DEPENDENCIA COORDINACION DE PROGRAMAS					DIRECCIÓN CARRERA 11 34 40 BARRIO 15 DE MAYO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO LA GUAJIRA	MUNICIPIO RIOHACHA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7270596	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	23	Mes	09	Año	2013	Día	01	Mes	04	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA COORDINADORA	DEPENDENCIA COORD PROMOCION Y PREVENCION					DIRECCIÓN CALLE 14 22 44 DIAGONAL A LA CLINICA RENACE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO	MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3564473	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	05	Mes	09	Año	2012	Día	22	Mes	07	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA COORDINADORA PROMO	DEPENDENCIA AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 49C 80 144						

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						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 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	7	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	8

8 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, septiembre 2024



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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000 111710 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

El servicio público es de todos | Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	**Segundo nombre**	**Primer apellido**	**Segundo apellido**
Rojas	De la Cruz	Paola	Alexandra

Documento de identificación

C.C. X C.E. T.I. NIT. Número 26670859

Lugar de Nacimiento

País Colombia Departamento Magdalena Municipio Santa Maria

Lugar de domicilio

País Colombia Departamento Magdalena Municipio Santa Maria

Nombre de la entidad/ organismo/institución/persona jurídica pública o privada que prestan función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecutan bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaja.

ESE Alejandro Prospero Reverend

Cargo o función que cumple

Enfermera EBS

Lugar de sede

País Colombia Departamento Magdalena Municipio Santa Maria

Dirección 24-289 avenida del libertador

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, 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

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	20.101.800
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	**20.101.800**

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
Ahorro	Colombia	$ 12.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR

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

CONCEPTO	SALDO
Tarjeta de Crédito Davivienda	$ 2.800.000
Tarjeta de Crédito Scotiabank Colpatria	$ 5.200.000

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIEN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DE L CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente SI [ ] NO [x]

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Hijo(a)	Samuel	Alejandro	Martínez	Rojas	1.084.606.213
Hijo(a)	Gerónimo	Samuel	Martínez	Rojas	1.146.542.988
Madre	Elvira	Mercedes	De la Cruz	Bermudez	36.527.723
Padre	Avemis	Enrique	Rojas	Moya	7.437.043

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ANIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) 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

b) Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario en Colombia y en el exterior u otros son:

TIPO DE INVERSIÓN	VALOR	PAÍS

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

a) Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta en el último año y los nombres de las instituciones a las cuales hice donaciones son:

NOMBRE	VALOR DE LA DONACIÓN

2.6 POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

a) Escriba otros intereses personales que podrían constituir una posible situación de conflicto de intereses, por ejemplo:
- Actividades que desempeño, negocios, establecimientos que posea etc.
- Actividades o negocios de mi cónyuge o compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, de acuerdo con lo descrito en los numerales 2.1 y 2.2
- Actividades o negocios de mi socio de derecho o hecho

DESCRIPCIÓN DEL POTENCIAL CONFLICTO DE INTERESES

COPIA DE CEDULA DE CIUDADANIA





DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

3. Concepto: 1 3 — Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14624353721

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 6 6 7 0 8 5 9	8	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	26670859	1 9 9 7 0 4 2 1

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	DE LA CRUZ	PAOLA	ALEXANDRA

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: CR 6 26 A 167 BRR LOS ANGELES

42. Correo electrónico: paleirode@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 3 9 0 4 7 9 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
45. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 8 1 7	7 4 9 0	2 0 1 7 0 3 1 6			2 2 2 4	

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

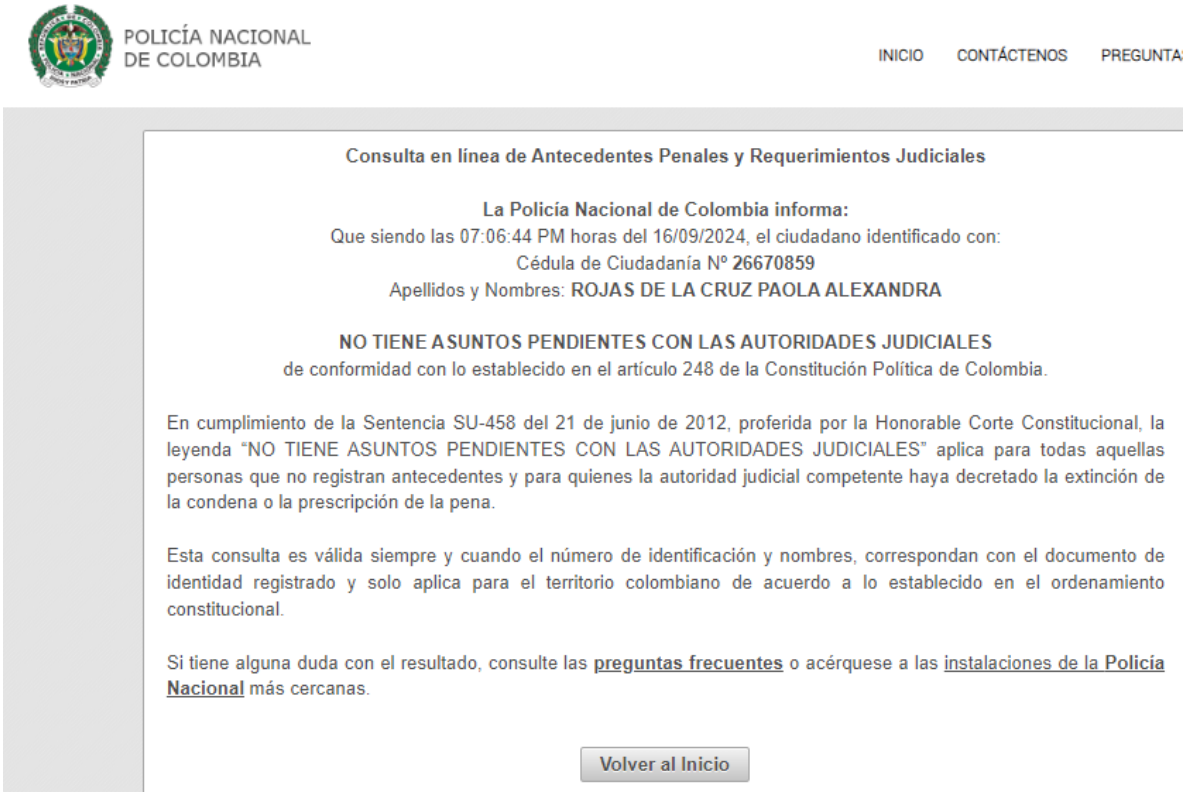
Firma del solicitante:

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

664. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
665. Cargo:

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Constancia de Consulta de Antecedentes Penales – Policía Nacional



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:06:44 PM horas del 16/09/2024, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **26670859**
Apellidos y Nombres: **ROJAS DE LA CRUZ PAOLA ALEXANDRA**

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

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

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

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

Volver al Inicio

Constancia de Consulta de antecedentes del Registro Nacional de Medidas Correctivas - Policía Nacional



16/9/24, 19:09 Consulta RNMC

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/09/2024 08:09:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **26670859** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **101973948** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Certificado de Antecedentes Disciplinarios – Procuraduría General de la Nación

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 254487514

PIB
19:11:48
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de septiembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 26670859:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

Certificado de Antecedentes Fiscales - Contraloría General de la República

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Informacion del Boletin de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 16 de septiembre de 2024, a las 19:14:13, el numero de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	26670859
Código de Verificación	2667085924091619141 3

Esta Certificacion es valida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y numero consignados en el respectivo documento de identificacion, coincidan con los aqui registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolucion 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecanica aqui plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Genero: WEB

Certificado de Inhabilidades de Delitos Sexuales - Policía Nacional

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:36:19 horas del 16/09/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **26670859,**
Apellidos y Nombres **ROJAS DE LA CRUZ PAOLA ALEXANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE Alejandro Prospero Reverend**, con NIT **819004070-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Imprimir

Certificado registro alimentario morosos – REDAM

TIC

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 09/10/2024 09:30 PM

Código Verificación: **8C75QF8Y4N**

Válida hasta: **08/01/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

A
Ve

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. 26.670.859 de Santa Marta

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

D I P L O M A

En la ciudad de Santa Marta, a los 4 días del mes Mayo de 2012

Rector

Secretario General

Registrado en el folio 62 del libro de Diplomas 76 de la Universidad del Magdalena

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

ACTA DE GRADO No. 0254

En Santa Marta D.T.C. e H., siendo las 08:00 A.M. del día 4 del mes de mayo de 2012, se realizó la graduación en ceremonia colectiva, presidida por el **CONSEJO ACADÉMICO** de la Universidad del Magdalena, otorgando al estudiante:

PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ
C.C. No. 26.670.859 de Santa Marta

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

Se tomó juramento de rigor a **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ,** y se hizo entrega del diploma que lo acredita como **ENFERMERA.**

RUTHBER ESCORCIA CABALLERO
Rector

MERCEDES DE LA TORRE HASBUN
Secretaria General

Registrado en el folio 013 del libro de Diplomas 36 y registro No. 17008 de la Universidad del Magdalena

La República de Colombia y en su nombre

IBERO

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

Paola Alexandra Rojas De La Cruz

C.C. 26670859 de Santa Marta

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita

Bogotá D.C., 20 de Marzo de 2024

Rector

Secretario General

39253

Registrado en el folio 7646-5 Reg. 37738 del libro de Diplomas No. 29, Bogotá D.C. 20 de Marzo de 2024

Xertify Código: TOATP2214001 Verificar

La República de Colombia y en su nombre

IBERO

Personería Jurídica No. 0428 del 26 de Enero 1981 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

ACTA DE GRADO 407 / 2024

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veinte (20) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024), la Corporación Universitaria Iberoamericana hizo entrega al

Paola Alexandra Rojas de La Cruz

C.C. 1007[illegible]69 de Santa Marta

Del título de:

Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud

Al manifestar cumplido y previa sustentación de las directivas de la institución, se le hizo entrega del diploma que lo acredita como Especialista, en fe de lo anterior, se firma la presente acta.

Secretaria General

39253

Xertify • Código: [illegible] Verificar

Certificado de Ética Médica

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 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, el día dieciséis (16) del mes de julio del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

NOTA: Si requiere el documento para trámite de apostilla debe solicitarlo en físico, para que sea firmado a mano alzada.

Carrera 13A N° 106A – 28. Oficina 202, Edifico Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 – Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com/ trienfer@gmail.com

Tarjeta Profesional



Resolución Secretaría de Salud Departamental

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** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 26.670.859 expedida en Santa Marta - Magdalena, solicita 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. 2254 del 4 de Mayo de 2012. Diploma anotada al Folio No. 317 del Libro No. 36.

Que **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ** participó en el sorteo de plazas para Servicio Social Obligatorio realizado 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 realizado 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**, identificado (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 inscribirlo (a) para laborar en el Departamento.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en Zona Geográfica diferente a donde se autorizó 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.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha 11 DIC 2012

SANDRA LUCIA CASTAÑEDA LOPEZ
Secretaria Seccional de Salud del Magdalena
RESPETO POR EL MAGDALENA

RETHUS- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud

De conformidad con los articulos 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 26676859 registra La siguiente información:

2024-09-16--7:39:43 PM

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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Soportes Documentales de Estudios

CODIGO GRIS



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

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

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

IAMI



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

Paola Alexandra Rojas De la Cruz

CC 26670859 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2023-12-05
Fecha de vencimiento: 2025-12-05

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

AIEPI



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

Paola Alexandra Rojas De la Cruz

CC 26670859 de Santa Marta - Magdalena

Realizó y aprobó el Diplomado en Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico
con un total de 120 Horas.

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

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 3208
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Certificados de Experiencia Laboral

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, através 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

americares

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

LIDERTEMP LTDA

NIT 900733827-4

CERTIFICA QUE:

La señora **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ**; identificada con **cedula de ciudadania** no. 26.870.859 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

I.P.S. FUNIVIDA
FUNDACION INTEGRAL PARA UNA NUEVA VIDA
NIT 812.005.194-9

FUNDACIÒN 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 dia 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 Monteria a los 18 dias del mes de julio de 2017.

Cordialmente.

JORGE RAMOS NEGRETE
COORDINADOR DE TALENTO HUMANO

T.N.CLV.01

Calle 10 No. 25-105 C.C Suricentro Local A1 - Telefax 795 6605 - Telefono: 795 6607
Email: fundacionfunivida@gmail.com - Monteria Córdoba

COMPARTA

La Suscrita Coordinadora Administrativa de la Cooperativa de Salud Comunitaria

COMPARTA EPS-S

CERTIFICA QUE:

La señorita **PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 26.970.805 expedida en Santa Marta (Magdalena), laborá en esta empresa desempeñándose en el área de Coordinación Regional Del Riesgo, desde el 14 de Enero de 2015 con una asignación mensual de $ 1.781.000 (Un Millón Setecientos Ochenta Mil Pesos M/L) a través de contrato a termino fijo.

La presente certificación es expedida a solicitud de la interesada en la ciudad de Barranquilla a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2015 Dirigido a COMUNA

COMPARTA

CINDY FONTALVO CRUZ
Coordinador Administrativo Regional Norte
COMPARTA EPS-S

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 Muscué T.
Aux. Nomina y Seguridad Social

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 Nº 43-41 Barranquilla Tel 3528809
Diagonal 12 No. 23-50 Fonseca Cel.: 3174238569
Carrera 11 No. 11A – 40 Riohacha

S.A.S.

Centro de NeuroDesarrollo

NIT. 900418234-2

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

Dirección: Calle 14# No 10-82 Libertador
Teléfono: 7270566-7270018
Riohacha – La Guajira

BARRANQUILLA , 26 de Agosto del 2013

LISTOS
CARVE LISTA - SIEMPRE LISTO

CERTIFICAMOS

Que PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ, identificado(a) con la cédula de ciudadanía N° 28670859, 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 Henriquez Barraza
Director Oficina
[illegible] S.A.S.
[illegible] Agosto del 2013 12:17:03

Certificado de Afiliación en Salud

Salud Total

STAMARTA, Septiembre 17 de 2024

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	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parenteseo	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ROJAS DE LA CRUZ PAOLA ALEXANDRA	26670859	C	May-21-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
MARTINEZ HURTADO MARLON	8736918	C	May-21-2020	52	26	CONYUGE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
MARTINEZ ROJAS GERONIMO SAMUEL	1146542993	R	May-21-2020	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
MARTINEZ ROJAS SAMUEL ALEJANDRO	1082883074	C	May-21-2020	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	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
PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ	26670859	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
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.

Activar Win
Ve a Configurac

Certificado de Afiliación en Pensión

porvenir
sólo hay uno

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 9 de Octubre del 2024.

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.

E.S.E ALEJANDRO PRÓSPERO REVEREND
SANTA MARTA D.T.C.H.

NIT 819.004.070-5

ALCALDÍA DE SANTA MARTA

FORMULARIO SARLAFT - PERSONA NATURAL

Código: F-E-PLA-003 | Versión: 002 | 06/feb/2024 | Fecha de creación: 06/feb/2023

DATOS PERSONA NATURAL

Tipo de documento: CC	Número de documento: 26670859	Lugar de expedición: Santa Marta, Magdalena	
Primer apellido: Rojas	Segundo apellido: De la Cruz	Nombres: Paola Alexandra	
Nacionalidad: Colombiana	Dirección de domicilio: Cra 6 #26 a 157 los ángeles		
Departamento: Magdalena	Ciudad / Municipio: Santa Marta	Correo electrónico: palexrode@hotmail.com	
Número de contacto: 3003934640	Lugar de nacimiento: Santa Marta	Fecha de nacimiento: 19/09/1978	Estado civil: Soltera
Actividad principal que desempeña actualmente: Enfermera			Código actividad en RUT (4 dígitos): 8692

REFERENCIAS (PERSONALES, LABORALES)

Apellidos y nombres: Carol Pomares	Dirección: Sector ojo de agua, finca El Edén Gaira	Teléfono: 3008778101
Apellidos y nombres: Olivia Daconte	Dirección: Manzana P casa 6 Villa Universitaria	Teléfono: 3145830199

PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEP)

¿Maneja recursos públicos?	Si [ ]	No [X]	¿Tiene reconocimiento público?	Si [ ]	No [X]
¿Ejerce algún grado de poder público?	Si [ ]	No [X]			
¿Se beneficia económicamente de una persona públicamente expuesta?	Si [ ]	No [X]	¿Cuál?		

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual: 4400000	Otros ingresos mensuales:	Total ingresos mensuales: 4400000	Total egresos mensuales: 2500000
Total activos:	Total pasivos: 6000000	Información financiera a corte:	
Indique el concepto de otros ingresos:			

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad bancaria: Banco Davivienda	Número de cuenta: 0550116200117624	Tipo de cuenta: Ahorro
Entidad bancaria:	Número de cuenta:	Tipo de cuenta:
Entidad bancaria:	Número de cuenta:	Tipo de cuenta:

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Si [ ]	Tipo de cuenta:	
	No [X]	¿Cuál?	

INFORMACIÓN BANCARIA

¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?	Si [ ]	Tipo de producto:	Número de producto:
	No [X]	Entidad financiera:	País:

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla con cualquier cambio.
4. De manera irrevocable autorizo a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend***, sus representantes legales y administradores de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):

DECLARACIONES ADICIONALES

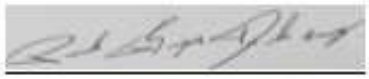
¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si	NO [X]	¿Ha sido incluido en listas inhibitorias tales como: Lista Clinton? Si	NO [X]

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** como titular de los datos obtenidos durante la ejecución de su objeto misional y a través de los diferentes canales de recolección, solicita de su autorización para realizar el tratamiento de sus datos personales, los cuales serán incorporados en nuestra base de datos.
La información y datos personales suministrados a la ***ESE Alejandro Próspero Reverend*** podrán ser recolectados, procesados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados y/o transmitidos, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de seguridad informática establecidas en https://www.esealejandroyer.gov.co.
Los datos personales obtenidos serán usados en forma exclusiva para el cumplimiento de nuestra misión institucional y la debida prestación de servicios a la ciudadanía.

Si	X
NO	

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



Firma

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

SANTA MARTA, MAGDALENA, COLOMBIA, **16/09/2024**

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **26670859**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550116200117624**
Fecha de apertura	**21/12/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 28/Feb/2024, Hora: 08:23:57 a.m.
Apellido: Rojas De La Cruz
Nombre: Paola Alexandra
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 26670859
HC: # 85940
Edad: 45 años
Sexo: Femenino
Nacim: 19/Sep/1978
Rh: O+
Empresa: Particular
Cargo: No Aplica
Direccion: Cra 6 No 26a-167
Telefono: Celular: 3003934640 Email: Estado Civil: Soltero
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 83 Kg Estatura: 165 Cm IMC: 30.4 Escolaridad: Univenitario Jornada Laboral: Sin Definir
EPS: Saludtotal ARL: Sura AFP: Porvenir

Examenes Realizados

Visiometria	Glicemia	Hemograma Tipo Iv	Rayos X De Torax	Antigeno De Superficie De La Hepatitis B (hbsa G)	Baciloscopia (b.a.a.r.)
Examen Con Enfasis 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 Normal De Bioseguridad

Observaciones

Pendiente Rx

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

Paola Alexandra Rojas De La Cruz
CC 26670859

Huella
Digital

Visiometria



Fecha: 28/Feb/2024, **Hora:** 08:23:57 a.m. **HC:** # 85940
Apellido: Rojas De La Cruz **Nombre:** Paola Alexandra **Edad:** 45 años
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 26670859 **Sexo:** Femenino ♀
Direccion: Cra 6 No 26a-167
Telefono: **Celular:** 3003934640 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: :: No Aplica ::
Peso: 83 Kg **Estatura:** 165 Cm **IMC:** 30.4 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Saludtotal **ARL:** Sura **AFP:** Porvenir

Antiguedad en la Empresa

Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopia	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugias Oculares	No	Hipermetropia	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropia	No				
Astigmatismo	No				
Miopia	No				

Correccion	
Usa Lentes	No
Solo Cerca	No
De Contacto	No
Solo Lejos	No
Permanentes	No
Bifocales / Progresivos	No
Presenta corrección óptica durante el examen	No

Evaluacion					
Agudeza Visual	**Visión de Lejos SC**	**Visión de Cerca SC**	**VL CC**	**VP CC**	**ADD**
O.D.	20/25	0.5			
O.I.	20/25	1.25			
A.O.					

Examen Externo			
Percepcion del Color		**Convergencia**	
Percepcion Anormal	No	Lejos	No
		Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad		
Percepcion de Colores		
Forias		
Vision Periferica		

Concepto
Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si No

Recomendaciones							
Debe usar correccion para laborar	Si No	Valoracion por Optometria	Si No	Valoracion por Oftalmologia	Si No	Se recomienda control de Visiometria	en Meses

Conducta

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

Paula Alexandra Rojas De La Cruz
CC 26670859

Huella
Digital

	CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y CONSULTORIA ABIMAEL CAHUANA, CRAFAC IPS SAS	[illegible]
	PRUEBAS TOXICOLÓGICAS PREOCUPACIONALES	RES. 3149 08/2023

PACIENTE: Paola Alexandra Rojas De La Cruz
EDAD: 45 ANOS
IDENTIFICACION: 26670859

FECHA: 30/05/2024
FECHA NAC: 19/09/1978
No: 1

QUIMICA

EXAMEN	RESULTADOS	VALOR NORMAL
GLICEMIA:	76	70 – 105 mg/dl

HEMATOLOGIA

EXAMEN	VALOR NORMAL	EXAMEN	VALOR NORMAL	
HEMOGLOBINA:	15 13 – 17 gr/dl	NEUTRÓFILOS:	68%	50–70%
HEMATOCRITO:	45 39 - 51%	LINFOCITOS:	30%	20–30%
LEUCOCITOS:	7.500	4.500- 10.000 mmcc	EOSINÓFILOS:	2% 1- 4%
PLAQUETAS:	210.600	150.000 – 450.000 mmcc	MONOCITOS:	0% 0–2 %
GLOBULOS ROJOS:	4.850.000	3.5 – 5.5 millones		

INMUNOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	VALOR NORMAL
HEPATITIS B (HBSAG)	NEGATIVO	NEGATIVO

EXAMEN SOLICITADO: BECILOSCOPIA : MUESTRA: ESPUTO
RESULTADO: NEGATIVA PARA B.A.A.R EN 100 CAMPOS LEIDOS

PRUEBAS TOXICOLÓGICAS

MARIHUANA: MUESTRA EN SANGRE
RESULTADO: NEGATIVA

COCAINA: MUESTRA EN SANGRE
RESULTADO: NEGATIVA

DRA: ROCIO DACONTE CAMARGO
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD METROPOLITANA R/50-205

	CENTRO DE REHABILITACION EN LA ATENCION FISICA Y CONSULTORIA ABIMAEL CAHUANA, CRAFAC IPS SAS	COD: 01 VERSION: 001 01/08/2023
	EXAMENES PREOCUPACIONALES	RES. 3140 08/2023

Nit 901685144-1

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

DATOS GENERALES

Fecha de valoración: 12-07-2024
Nombres y apellidos: Paola Alexandra Rojas De La Cruz **N° de Cedula:** 26670659 **Edad:** 45 Años
Celular 3003934640 **Sexo:** Femenino **Lugar de nacimiento:** Santa Marta Magd.
Estado civil: Soltera **Dirección:** carrera 6 # 26A 167 Los Ángeles
Nivel de escolaridad: Universitario **Ocupación actual:** enfermera jefe
Motivo de evaluación: Evaluación de ingreso
Restricciones y/o reubicación: No aplica **Correo electrónico:** osorioghaylin06@gmail.com

MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS DE LA EVALUACIÓN

Se realiza valoración psicológica a través de una entrevista semiestructurada y prueba psicológica BAI

HISTORIA FAMILIAR

- Familia nuclear: (X) Familia Monoparental ( ) Familia Reconstituida: ( ) Familia Extensa ()
- Relaciones Familiares: Excelente ( ) buena (X) Regular ( ) Mala ( )
- Número de personas que dependen económicamente de usted (X)
-Cuantas personas laboran en su vínculo familiar que apoyen los procesos económicos: (3)
Actualmente vive con dos hijos

VALORACIÓN CONDUCTUAL

- ***Presentación :*** Adecuado (X) Inadecuado ( ) **Postura :** Erguida (X) Encorvada ( )
- ***Discurso :*** **Ritmo:** Lento ( ) Rápido ( ) Fluido (X) **Tono:** Bajo ( ) Moderado (X) Alto ( )
-**Articulación:** con dificultad ( ) sin dificultad (X)
-Orientación : **Tiempo** : Orientado ( ) Desorientado ( ) **Espacio:** Orientado (X) Desorientado ( )
Persona: Orientado (X) Desorientado ( )

PROCESOS COGNITIVOS Y FISIOLOGICOS

- **Nivel cognitivo:** Adecuada
- **Coordinación Visomotriz:** Adecuada
- **Nivel de Memoria:** Adecuada
- **Personalidad:** Abierta - extrovertido
- **Afectividad:** Adecuada. Con buenas relaciones interpersonales
- **Fisiológico: Sueño:** Adecuado **Apetito:** Adecuado **Hábitos:** Practica futbol de manera extemporánea

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

RESULTADOS: De acuerdo a la evaluación realizada el paciente se encuentra orientado en espacio y tiempo, se muestra elocuente al momento de dar a conocer su historia familiar y su experiencia laboral, maneja un lenguaje racional y acorde a su estructura mental asociada a su nivel académico. El paciente se muestra apto para realizar actividades asociadas a su perfil profesional

RECOMENDACIONES: Ninguna

Psicóloga (o)

El contenido de la valoración psicológica es de manejo confidencial, se debe evitar cualquier uso indebido de la información.

INTERPRETACION RESULTADOS INVENTARIO DE BECK		
NOMBRE	Paola Alexandra Rojas De La Cruz	
EMPRESA	*PARTICULAR*	**PROFESIÓN**
FECHA	16/07/2024	*enfermera*
Tabla de puntos	**Niveles de Ansiedad**	**RESULTADOS**
1 a 11	**Estos altibajos son considerados normales**	**7**
12 a 16	**Leve perturbación del estado de ánimo**	
17 a 20	**Estados de Ansiedad intermitentes**	
21 a 30	**Ansiedad moderada**	
31 a 40	**Ansiedad grave**	
Más de 40	**Ansiedad extrema**	
RESULTADOS DESCRIPTIVO	En la prueba aplicada se observa un resultado de **SIETE**, lo cual está enmarcado en la tabla de puntuaciones del 1 al 11, mostrando una interpretación de normalidad en su estado de ánimo.	
Evaluación realizada por: **JANES ORLANDO RODRIGUEZ MORALES** Psicólogo Asesor Externo Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Magister en Psicología de las Organizaciones y del Trabajo		

PÓLIZA Nº
1011606

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

PREVISORA SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD DÍA	SOLICITUD MES	SOLICITUD AÑO	CERTIFICADO DE	Nº CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER Nº	CERTIFICADO LÍDER Nº	A.P.
22	3	2024	EXPEDICION	0			NO

TOMADOR	21543077-PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ	CC	26.670.859
DIRECCIÓN	CRA. 6 NO. 26A-167, SANTAFE DE BOGOTA DC, BOGOTA	TELÉFONO	
ASEGURADO	21543077-PAOLA ALEXANDRA ROJAS DE LA CRUZ	CC	26.670.859
DIRECCIÓN	CRA. 6 NO. 26A-167, SANTAFE DE BOGOTA DC, BOGOTA	TELÉFONO	

EMITIDO EN	CENTRO OPER.	SUC.	EXPEDICIÓN DÍA	EXPEDICIÓN MES	EXPEDICIÓN AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	DESDE MES	DESDE AÑO	DESDE A LAS	HASTA DÍA	HASTA MES	HASTA AÑO	HASTA A LAS	NÚMERO DE DÍAS
BARRANQUILLA	3502	35	22	3	2024	22	3	2024	00:00	22	3	2025	00:00	365

MONEDA	TIPO CAMBIO	CARGA/R A:	FORMA DE PAGO	VALOR ASEGURADO TOTAL
Pesos	1.00		4. 30 DIAS	$ 275,000,000.00

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoria: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	Acum/VA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	275,000,000.00	SI	170,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	27,500,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	13,750,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	275,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	275,000,000.00		
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	55,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	27,500,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social	Documento	Porcentaje	Tipo Benef
TERCEROS AFECTADOS	NIT 0100010	100.000 %	NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR SE EMITE LA PRESENTE PÓLIZA BAJO LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.
La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúa el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emite la póliza, anexo, renovación,cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	$*******170,000.00
GASTOS	$**********0.00
IVA	$******32,300.00
TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS	$*****202,300.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link https://facturaelectronicaseguros.transferencia.com/Factura/PrevisoraPortlet/paginaBuscarPoliza.jsp, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 0087 de 10 de Diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1988 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3 del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, estaremos de practicar retenciones de industria y comercio.

22/03/2024 17:17:05

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA

INTERMEDIARIOS CLAVE	CLASE	NOMBRE	%	COMISIÓN
2021	1	WILLAM FRANCISCO GARCI		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA PREVISORA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011608 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

RAMO: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA INDIVIDUAL

ESPECIALIDAD: Enfermera Profesional (Ley 24.004)

CLASE: CLASE UNO(1) - SIN CIRUGÍA

NOTA: SE ASEGURAN LAS ACTIVIDADES DERIVADAS DEL CONTRATO CON LA ESE ALEJANDRO PROSPERO REVEREND

OBJETO

Amparar los perjuicios patrimoniales que cause el Asegurado con motivo de la responsabilidad profesional en que incurra de acuerdo con la Ley Colombiana, en el ejercicio de la especialidad médica declarada en la solicitud de aseguramiento, por actos médicos, realizados durante la vigencia de la póliza o con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada, siempre que dicha responsabilidad sea reclamada por primera vez durante la vigencia de esta póliza o dentro del periodo extendido de reclamaciones en caso de que el mismo fuere adquirido.

CONDICIONES GENERALES
Textos según clausulado La Previsora S.A forma RCP004 VERSIÓN 009-D00I que se adjunta.

MODALIDAD DE COBERTURA
La póliza opera bajo la modalidad de delimitación temporal de cobertura denominado "por reclamación", con arreglo a lo consignado en el artículo 4 de la ley 389 de 1997.

RETROACTIVIDAD
Inicio de vigencia de la primera póliza expedida por Previsora Seguros sin que existan periodos de interrupción.

LÍMITE TERRITORIAL República de Colombia

LEY Y JURISDICCIÓN República de Colombia

LIMITE ASEGURADO $275.000.000 por evento y por vigencia combinado para todos los amparos.
* Los sublímites y coberturas ofrecidas hacen parte de la suma asegurada y no en adición a esta.
* En aquellos amparos donde no se establezca sublímite, se entienden otorgados al 100% del límite asegurado

AMPAROS

1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil profesional médica de acuerdo con el numeral 1.1. de la cláusula primera del condicionado general. Extendiendo cobertura a la responsabilidad civil causada por la posesión, el uso y la aplicación a pacientes de:

a. Equipos de radiografía con fines de diagnósticos
b. Equipos de rayos x para terapéutica
c. Equipos de tomografía por ordenador (scanner)
d. Equipos de radiación por isotopos para terapéutica
e. Equipos de generación de rayos laser
f. Equipos de medicina nuclear, incluyendo las materias radiactivas necesarias, siempre y cuando dichos equipos y materias no se hallen sujetos a un seguro obligatorio de responsabilidad civil por daños nucleares previstos por la ley.

Lo anterior, siempre y cuando dichos aparatos y tratamientos se encuentren reconocidos por la ciencia médica y se haya efectuado el correspondiente acuerdo expreso para incluirlos.

1.1. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

1.2. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza; sublimitado al 100% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.
Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1011606 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

1.3. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5% respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

1.4. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20% respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

1.5. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10% respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

1.6 Por medio del presente texto se da alcance a la exclusión No. 24. del condicionado general para aclarar que bajo la presente póliza se amparan toda cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente); se otorga cobertura a profesionales auxiliares de cirugías cosméticas (excluyendo al cirujano plástico y/o estético que realiza la cirugía). La cobertura se extiende al daño adicional que se pueda generar en la cirugía y no al resultado o insatisfacción de la misma.

2. RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: Bajo este amparo se cubre la responsabilidad civil general de acuerdo con el numeral 1.2. de la cláusula primera del condicionado general. Así mismo se cubre la responsabilidad civil del asegurado, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad medica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.

2.1. Gastos médicos de emergencia, Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta cinco (5) días calendarios siguientes al accidente; sublimitado a 5 % respecto del valor asegurado por evento y 10% respecto del valor asegurado por vigencia. Para esta cobertura se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado.

2.2. Costos y gastos de defensa, en adición a lo indicado en el numeral 1.3. del condicionado general, este amparo se sublimita a 10% respecto del valor asegurado por evento y 20 % respecto del valor asegurado por vigencia, aplicando las tarifas de colegios de abogados de la respectiva ciudad.

2.3. Costos de cauciones, Según alcance establecido en las condiciones generales, sublimitado a 10 % respecto del valor asegurado por evento y por vigencia.

2.4. Perjuicios patrimoniales, Incluye daño emergente y lucro cesante, siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal, cubierto por la póliza.

2.5. Perjuicios extrapatrimoniales, Incluye perjuicio moral, fisiológico y daños a la vida de relación siempre que se deriven de un daño material y/o lesión corporal cubierto por la presente póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación, al igual que los perjuicios patrimoniales como consecuencia de la prestación de estos servicios.
2. Reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA / VIH y/o Hepatitis cualquiera que fuere su causa u origen.
3. Responsabilidad civil por fallas en el suministro de servicios públicos
4. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
5. Enfermedades profesionales
6. Incumplimiento de cualquier norma legal y de operación que regulan la materia.

Texto Continua en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL No.1011606 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

PREVISORA SEGUROS

CERTIFICADO DE: EXPEDICION	0

7. Daños genéticos a personas o animales.
8. Reclamaciones originadas por terremoto, erupción volcánica (actos de la naturaleza) y en general todos los eventos que escapen del control del asegurado.

DEDUCIBLES APLICABLES

1. Gastos médicos de emergencia: sin deducible
2. Costos y gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV

OTRAS CONDICIONES:

1. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN UNILATERAL DE LA PÓLIZA POR PARTE DE LA ASEGURADORA - AMPLIACIÓN DEL PLAZO A 30 DÍAS HÁBILES: Modifica parcialmente la Cláusula Décima Primera de las Condiciones Generales de la Póliza en cuanto al plazo allí previsto. En consecuencia, este seguro podrá ser revocado unilateralmente por PREVISORA, mediante noticia escrita al asegurado enviada a su última dirección conocida con no menos de 30 días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío.

2. CLÁUSULA DE NO RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA: Queda entendido que la suma asegurada se reduce desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por la compañía, y la misma no se entiende restablecida en ningún momento.

3. CLÁUSULA DE NO AMPARO AUTOMÁTICO DE NUEVOS PREDIOS Y OPERACIONES: Queda entendido que para la inclusión de nuevos predios y/u operaciones, el asegurado deberá solicitarla por escrito a la Previsora, la cual una vez efectúe el respectivo análisis determinará si da lugar o no a la