Tunja,

PROPUESTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA AUDITORÍA DE PROCESOS PRIORITARIOS PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

Presentado a:
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

1. **PROPUESTA**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA AUDITORÍA DE PROCESOS PRIORITARIOS PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA.

2. **Valor de la propuesta:**

El valor mensual de la propuesta es de **CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE ($4.957.863,00).**

3. **Plazo de ejecución:**

A partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 30 de junio de 2025.

4. **Vigencia de la propuesta:**

La vigencia de la presente propuesta, con todas sus condiciones técnicas y económicas, se extiende por treinta (30) días calendario a partir de su presentación.

Cordialmente,

ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ
CC 79.759.025 BTA
Tel. 3313939529

Código: TH-F-45	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 12	VERIFICACION REQUISITOS HOJA DE VIDA Y	Fecha: 20/05/2024

Nombre del Aspirante:	**ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ**		
Numero documento de	79759025	Número de teléfono: 3133939529	
Oficio al que aspira:	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA LA GESTION DE PROCESOS PRIORITARIOS Y APOYO A LA AUDITORIA DEL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA INSTITUCIONAL Y GUIAS DE PRACTICAS CLINICA**		

MODALIDAD DE VINCULACIÓN			
SERVIDOR PÚBLICO	TRABAJADOR EN MISIÓN	CPS	OTRO
		X	

REQUISITOS GENERALES DE HOJA DE VIDA	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
HOJA DE VIDA FORMATO DAFP (Según circular externa conjunta 004 de 2003 del DAFP y el Archivo General de la Nación)				
HOJA DE VIDA FORMATO SIGEP (contratistas)	X			
FORMATO Único Declaración Juramentada De Bienes y Rentas (Circular externa 002 de 2014 del DAFP)				
DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Ley 2013 de 2019) (contratistas y personal de planta segun el cargo)	X			
Formato Declaracion situacional de conflicto de intereses servidor publico o contratista. TH-F-67				
Formato de declaracion de intereses particulares de personal en mision. TH-F-92				
Fotocopia de Cédula AL 150%	X			
Pasaporte (solo aplica para extranjeros)				
Cetificado de Situación Militar menores de 50 años (Ley 1780 de 2016 y los artículos 11 y 42 de Ley 1861 de 2017)	X			
Consulta de Antecedentes: 1. Judiciales 2. Fiscales 3. Disciplinarios 4. Medidas correctivas Teniendo en cuenta que ninguna persona esta obligada a presentar este documento, la institución debe consultar en línea dichos antecedentes	X			
Certificado REDAM (registro de deudores alimentarios morosos)	X			
Consulta lista de vinculantes (OUNU, OFAC)	X			
Formato de consentimiento informado consulta Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).TH-F-57.				
Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).				
Formato de autorización para el tratamiento y la protección de datos personales del colaborador.	X			
Consulta de Antecedentes Profesionales (Abogado, Administrador de Empresas, Contador, Ingeniero Industrial, Trabajador Social , médico, enfermera profesional y demás).	X			
Registro Único Tributario RUT (Este documento es requerido en caso de ser contratado directamente por la Institución, teniendo en cuenta que para contratar con el estado es indispensable este soporte).	X			
Certificado de Afiliación a Salud y Pensión vigentes	X			
Certificación Bancaria	X			
Carnet de vacunas (según manual de Bioseguridad). Código SST-m- 03 - V 009.	X			
Titulaciones de hepatitis B y varicela	X			
Consentimiento de autorización para aseguramiento e información de la ARL.	X			
Exámen Medico Ocupacional para el cargo (Según tipo de contratación y cargo al que aspira).	X			
Exámen Medico Ocupacional casos especificos . Nota: Para el exámen Médico Ocupacional para cargos especificos, remitirse al profesiograma institucional.				
SOPORTES DE EDUCACIÓN FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Titulo Bachiller Y/o Acta de Grado (No aplica para profesionales)				
Título de técnico y Acta de grado				
Titulo de tecnologo y Acta de grado				
Título Profesional y Acta de grado	X			

Convalidación de Titulo Profesional (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Título Especialista y Acta de grado	X			
Título y acta de grado de maestría, doctorado o posdoctorado				
Convalidación deTitulo Especialista (Para Estudios Realizados en el Exterior)				
Tarjeta profesional	X			
RETHUS (Registro Unico de Talento Humano en Salud)	X			
Resolución para ejercer (Graduados Hasta el 2016)				
Poliza de seguro de responsabilidàd civil profesional (profesionales en medicina).				
SOPORTES DE EDUCACIÓN NO FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Relacionar Cursos / Talleres / Congresos / Diplomados				
Certificado curso de Atención a Victimas de Violencia Sexual.	X			
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL ASISTENCIAL				
Curso de soporte vital (BLS, ACLS, NALS, PALS, ATLS, ALSO) de acuerdo al perfil y según normatividad vigente o necesidades de Seguridad de Paciente.				
Certificado curso Atención a las Victimas de Ataques con Agentes Químicos.				
Certificado curso Manejo del Duelo.				
Certificado curso Toma de Muestra de Laboratorio Clínico.				
Certificado curso cuidado del Donante (Medicos) Avalados por El Instituto Nacional De Salud.				
Soporte de entrenamiento en MMC (METODO MADRE CANGURO) SOLO APLICA PARA MEDICO ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA.				
Certificado pruebas en el punto de atencion del paciente (point of care Testing-POCT) Terapeutas Respiratorias.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL MANTENIMIENTO				
Certificado Curso trabajo seguro en alturas.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL RADIOLOGÍA				
Certificado de Curso de Protección Radiológica.				
SOPORTES DE FORMACIÓN BACTERIOLOGO				
Diplomado en Medicina Transfusional e Inmunohematología con certificación de 120 horas.				
SOPORTES ESPECIFICOS PARA CONDUCTOR Y CONDUCTOR DE AMBULANCIA Y MENSAJERO				
Pase de Conducción C2 (Conductor Ambulancia).				
Pase de Conducción A2 (Mensajero).				
Consulta inscripción en el RUNT y Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito SIMIT.				
Certificado Curso de Mecánica Básica.				
Certificado Curso de Primeros Auxilios.				
Exámen psicosensométricos (Visiometría, Audiometría, Examen de Coordinación Motríz, Exámen de psicología) y Exámen médico.				
Pruebas teorica y práctica.				
SOPORTES DE EXPERIENCIA (Solo si la tiene)				
Copia de Certificaciònes Laborales las cuales deben cumplir los siguientes requisitos: * Debe ser expedida en papel membreteado * Debe registrar su nombre y número de identificación * Debe describir el cargo desempeñado y funciones realizadas * Debe especificar tiempo laborado o mínimo registrar fecha de * Debe estar debidamente firmada * Debe registrar nombre del jefe inmediato, teléfonos y dirección de * Deben estar organizados del empleo más nuevo al más antiguo.	X			

	Nuevo	Actualización
Revisión de hoja de vida **NOTA:** Verificada la Hoja de vida el 13/01/24 se puede evidenciar que **CUMPLE** con los requisitos de habilitacion.		

Revisó. Magda Constanza Hurtado Vargas
Profesional universitario T.H
Verificó. Candy Samanta Rodríguez Castillo
Coordinadora de Actividades de Talento Humano
Verificó. Adriana Lucia Pacheco Merchan
Profesional Especializado de Salud y Seguridad en el Trabajo

Items correspondientes a vacunas y examenes medico ocupacionales y psicosensometricos, curso de alturas (según perfil)

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rodriguez	Cruz	Alexander

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 79759025 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 13 MES 06 AÑO 1977

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1E 78 54 casa

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOYACÁ

MUNICIPIO: TUNJA

TELÉFONO: 3939529 EMAIL: arc2255@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1996
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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 AUDITORIA DE SALUD	12	2009	
PREGRADO	8	X			06	2006	14560
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA SUPERIOR	06	2006	14560

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 O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* CHIQUINQUIRÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133939529	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR Y AUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 13 18 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA MEDICA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CALIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* VENTAQUEMADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 5 2 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* VENTAQUEMADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 4 3 17						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* VENTAQUEMADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	04	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 4 3 17						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	11	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 4 3 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 4 3 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* VENTAQUEMADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 4 3 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* VENTAQUEMADA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 4 3 17					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GESTION Y SALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7433205	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITOR	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1F 40 149 OFICINA 421					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLSALUD EPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7402023	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2012	*Día*	07	*Mes*	09	*Año*	2012	
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE PYP/EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA DE EPIDEMIOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 20 41						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD VENTAQUEMADA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* VENTAQUEMADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7406002	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 2 35						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD VISION INTEGRAL DE SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÀ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7409664	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	01	*Año* 2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA AUDITORIA					*DIRECCIÓN* CALLE 20 10 61						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLSALUD EPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÀ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7402023	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2010	*Día*	11	*Mes*	07	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE PYP/EPIDEMIOLOGIA	*DEPENDENCIA* AREA DE EPIDEMIOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 20 41						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PROMOVIENDO CTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3681103	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2009	*Día*	25	*Mes*	01	*Año*	2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE PYP	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 22 9 27						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLUCIONES CNT			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7446072	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2009	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE PYP	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 12 18 33					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 TUNJA Enero 8/25

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.

Tunja Enero 8/25

Ciudad y fecha

CANDY RODRIGUEZ.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-01-10 06:20

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALEXANDER		RODRIGUEZ	CRUZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	79759025

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA

Dirección	["Carrera 11 No. 27-27"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

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 año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$35.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$35.000.000,00

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	$8.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$32.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-109	AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES	
Versión: 01		Fecha: 19/06/2024

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, Alexander Rodriguez Cruz, identificado con cedula de ciudadanía número 79759025, en calidad de Titular o padre, representante y/o tutor legal del menor _____ identificado con _____ autorizo libre, expresa e inequívocamente a La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: habeasdata@hospitalsanrafaeltunja.gov.co , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 13 de Enero de 2025.

Firma: _____

Nombre: Alexander Rodriguez Cruz

Cédula: 79759025

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NUMERO 79759025

APELLIDOS Y NOMBRES

RODRIGUEZ CRUZ

ALEXANDER

PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
1ª DIC	1ª DIC	1ª DIC
2008	2018	2028

PROFESION BACHILLER

FECHA DE EXP: 10-JUL-2006

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:04:25 PM horas del 27/11/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79759025**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DIJIN

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

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

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, 10/01/2025 06:38:23 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79759025 .**

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. **107880743** . 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

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 258755138

PIB
15:39:13

Bogotá DC, 26 de noviembre 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) ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79759025:

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

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 26 de noviembre de 2024, a las 15:37:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79759025
Código de Verificación	797590252411261537l5

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



United Nations Security Council Consolidated List

Generated on: 21 July 2023

"Generated on refers to the date on which the user accessed the list and not the last date of substantive update to the list. Information on the substantive list updates are provided on the Council / Committee's website."

Composition of the List

The list consists of the two sections specified below:
A. Individuals
B. Entities and other groups

Information about de-listing may be found at:
https://www.un.org/securitycouncil/ombudsperson(for res. 1267)
https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/delisting(for other Committees)
https://www.un.org/securitycouncil/content/2231/list(for res. 2231)

A. Individuals

KPi.033 Name: 1: RI 2: WON HO 3: 4: na
Title: na **Designation:** DPRK Ministry of State Security Official **DOB:** 17 Jul. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** na **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** 381310014 **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:** Ri Won Ho is a DPRK Ministry of State Security Official stationed in Syria supporting KOMID.

KPi.037 Name: 1: CHANG 2: CHANG HA 3: 4: na
Title: na **Designation:** President of the Second Academy of Natural Sciences (SANS) **DOB:** 10 Jan. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jang Chang Ha **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

KPi.038 Name: 1: CHO 2: CHUN RYONG 3: 4: na
Title: na **Designation:** Chairman of the Second Economic Committee (SEC) **DOB:** 4 Apr. 1960 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jo Chun Ryong **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

OFAC

Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	ALEXANDER RODRIGUEZ CRU	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	79759025	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		Search Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score ▼

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 1/13/2025 10:05:17 AM
Non-SDN List last updated on: 1/10/2025 9:51:46 AM

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14898559775

(415)7707212489984(8020) 000001489855977 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 7 5 9 0 2 5	1	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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	79759025	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	CRUZ	ALEXANDER	

Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CL 76 A 4 03 AP 101 BRR PORTAL DE CANAPRO

42. Correo electrónico: arc2255@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 3 9 3 9 5 2 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 6 0 7 2 1				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	5	2 2																								

5- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios 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 2023 - 02 - 24 / 09 : 14: 04

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79759025,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**.

CERTIFICA

Que Alexander Rodriguez Cruz, identificado(a) con CC número 79759025. está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79759025
NOMBRES Y APELLIDOS	Alexander Rodriguez Cruz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	13/06/1977
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2011
FECHA DE RETIRD LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	438 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/06/2012
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79759025 ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ Desde 01/07/2020 - Vigente

Generado por interfaces 13/01/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION/INFORMACION PARA ARL

En mi calidad como Contratista, me permito dar a conocer a la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, los siguientes datos:

Yo, Alexander Rodriguez Cruz, identificado con cedula de ciudadanía número 79759025, manifiesto que :

SI X NO ____ Estoy afiliado a la ARL Positiva

SI X NO ____ Deseo seguir afiliado a la ARL Positiva

Solicito ser afiliado por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a la ARL: Positiva.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 13 de Enero de 2025

Firma _____

Nombre ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

Cédula 79759025

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

	La salud es de todos	Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Alexander

Apellidos: Rodriguez Cruz

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 79759025

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 06 Año 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	28-06-22	2339X026A	Sopia
	2	28-07-22	2339X026A	Sopia
	3	22-01-23	2333340126	SONIA
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual			
Otras	TV		28-06-22	0124W221	Sopia

DRA ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA

LABORATORIO CLÍNICO

NIT: 33378198-2

CONTACTOS
3118327977
emilena250@gmaill.com
Cra 1F # 40-149 Of. 310 Ed. Marca
Business Center
Tunja (Boyacá)

RESULTADO(S) LABORATORIO CLÍNICO

PACIENTE: ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ | **TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC | **NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 79759025 | **FECHA NACIMIENTO:** 13/06/1977 | **EDAD:** 46 año(s) 7 mes(es) 5 día(s)

GÉNERO: Masculino | **INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA:** PARTICULAR | **TIPO PLAN:** Otro | **TIPO VINCULACIÓN:** No Aplica

DESCRIPCIÓN

FECHA INGRESO: 17/07/2023
FECHA RESULTADO: 18/01/2024

INMUNOANÁLISIS

LABORATORIO CLÍNICO: Varicela zoster, ANTICUERPOS Ig G (906247) | **TÉCNICA:** EIA

	RESULTADO(S)	
PARÁMETRO	**VALOR**	**VALOR(ES) REFERENCIA**
Varicela Zoster Acs IgG	15.1 .	<9: Negativo 9 - 11: Dudoso >11: Positivo

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Erika M. Castellanos F

ERIKA MILENA CASTELLANOS FAGUA
Bacteriología y Laboratorio Clínico
Registro Profesional: 1720/2011

Carné Digital de Vacunación

Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID. 406d49b9-b755-42af-94e3-49029437 7cb0

Nombres y apellidos / Full name

ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

7 9 7 5 9 0 2 5

Fecha de nacimiento / Date of birth

13/06/1977

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3124351325

Correo electrónico / e-mail

ipsmifarmacia@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
12 meses	Fiebre amarilla	Única	27	11	2014		K50081	TUNJA ESE SANTIAGO CENTRO 1 I	
Sin rango de edad	INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	13	5	2020		V50220006	VENTAQUEMADA ESE CENTRO DE SAL	MIRYAM SOFIA PORRAS VELA
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Primera	8	9	2021	PFIZER	FF8843	COMPANY MEDIQBOY O.C S.A.S	JUAN CARLOS AVILA LOPEZ
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segunda	28	9	2021	PFIZER	FH8021	COMPANY MEDIQBOY O.C S.A.S	JUAN CARLOS AVILA LOPEZ
Sin rango de edad	TD Adulto	Tercera	22	1	2024	Serum	2333Q012B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. CENTRO DE SALUD DE MOTAVITA	SONIA PATRICIA QUINTANA PUENTES

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this documentwas extractedfrom **PAIWEB**, accordingto theWide **Program ofInmunization - PAI** (byits acronymin spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

ASOCIACION DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
ASSOC S.A.S.

Transversal 9 No 28A 50 Barrio Maldonado Tunja, Boyacá - Colombia
Tel 7442001 - 7448510 Cel 317 6386099
Email assoc colombiaocupacional@gmail com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1977-06-13 Edad: 45 A
Dirección CALLE 76 A N 4 03
Empresa: PARTICULAR.
Empresa en misión: PARTICULAR.
Actividad económica:

Identificación: CC 79759025
Teléfono: 3133939529



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA
Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00180780 Fecha apertura: 20230223 09:03:14
Fecha cierre: 20230223 09:18:06
Realizado en: Tunja - Boyacá

Cargo u Oficio: AUDITOR DE CALIDAD

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)

RECOMENDACIONES LABORALES

CONTROL MÉDICO OCUPACIONAL ANUAL
HIGIENE POSTURAL
PAUSAS LABORALES
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN EXPOSICIÓN A RIESGOS

MANEJO POR EPS

MEDICINA GENERAL (CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES)
NUTRICIÓN

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

ACTIVIDAD FÍSICA FRECUENTE
CONTROL DE PESO

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Catherine Sierra A.

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JULIE CATHERINE SIERRA ANGULO
Especialidad:
Licencia S.O.: 1051 Registro No.: 8820-07

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 79759025

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Creada mediante Decreto 2655 de 1953 y Ley 7 de 1992

Teniendo en cuenta que:

Alexander Rodríguez Cruz

C.C.Nº 79.759.025 de Santafé de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de

ENFERMERO

En testimonio de ello, otorga el presente DIPLOMA

en Tunja, a los 30 días del mes de junio de 2006

Admisiones y Control
de Registro Académico
Diploma No. 50470
Libro de Registro No. 33
Folio No. 179
Fecha 30-06-06

Rector

Secretario General

Decano

Coordinador

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
DECRETO 2655 DE 1953 Y LEY 73 DE 1962

COPIA DE ACTA DE GRADO

De: RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER

ACTA DE GRADO No. CS 66. En la ciudad de Tunja. Departamento de Boyacá, República de Colombia, a los 30 días de junio de 2006 el Rector de la UPTC, el Secretario General, el Decano y el Secretario de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD teniendo en cuenta que el(la) estudiante RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER identificado con C.C No. 79759025 expedida en SANTA FE DE BOGOTA D.C ,ha cursado y aprobado, con la intensidad y extensión requeridas, los estudios de la carrera profesional, cumpliendo con el requisito de grado estatutario (Trabajo de Grado con nota Satisfactorio) para obtener el Título profesional de:

ENFERMERO

De conformidad con la Resolución Rectoral de Grado No. 2081 de fecha 30 de junio de 2006 y en concordancia con la Ley 30 de 1992, esta Universidad en nombre de la República de Colombia por autorización del Ministerio de Educación, le confiere el título mencionado y lo declara idóneo para ejercer su profesión; en testimonio de ello, se autoriza la expedición del correspondiente Diploma, el cual queda registrado en el Libro 33, Folio 179 del 30 de junio de 2006

En constancia se firma por quienes intervinieron en esta graduación.

RECTOR (Firmado) CARLOS AUGUSTO SALAMANCA ROA
SECRETARIO GENERAL (Firmado) SILVESTRE BARRERA SANCHEZ
DECANO DE LA FACULTAD (Firmado) GUSTAVO ORLANDO ALVAREZ ALVAREZ
SECRETARIO DE LA FACULTAD (Firmado) LUDY ALEXANDRA VARGAS TORRES

Se expide en Tunja a los 30 días de junio de 2006

MARIO MENDOZA MORA
COORDINADOR DE ADMISIONES Y CONTROL
DE REGISTRO ACADÉMICO

SILVESTRE BARRERA SANCHEZ
SECRETARIO GENERAL

LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Alexander Rodríguez Cruz

C. C. **79.759.025** de **Bogotá**

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Auditoría de Salud

En constancia se firma y sella en Tunja
a los **11** días del mes de **Diciembre** de 2009

El Rector General
Malagueña C.O.

El Rector Seccional

El Decano de Facultad

El Secretario Seccional
Myriam Maritza Niño

Registro Interno No. 3953 19-11-12-2009

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

ACTA DE GRADO 127.114

(Libro 2P, Folio 30)

En la ciudad de Tunja, República de Colombia el día 11 de diciembre del año 2009, la Universidad Santo Tomás en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Presidencia del Padre Luis Alberto Orozco Arcila. O.P., Rector Seccional y actuando como Secretaria la Abogada Myriam Maritza Niño Forero, celebró sesión solemne y pública con el objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes al grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el

SANTO TOMÁS

ACTA DE GRADO 127.114

(Libro 2P, Folio 30)

En la ciudad de Tunja, República de Colombia el día 11 de diciembre del año 2009, la Universidad Santo Tomás en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Presidencia del Padre Luis Alberto Orozco Arcila. O.P., Rector Seccional y actuando como Secretaria la Abogada Myriam Maritza Niño Forero, celebró sesión solemne y pública con el objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes al grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de

ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE SALUD

Código ICFES 17045610657150010310O

a: ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

C.C. 79759025 de BOGOTÁ D.C.

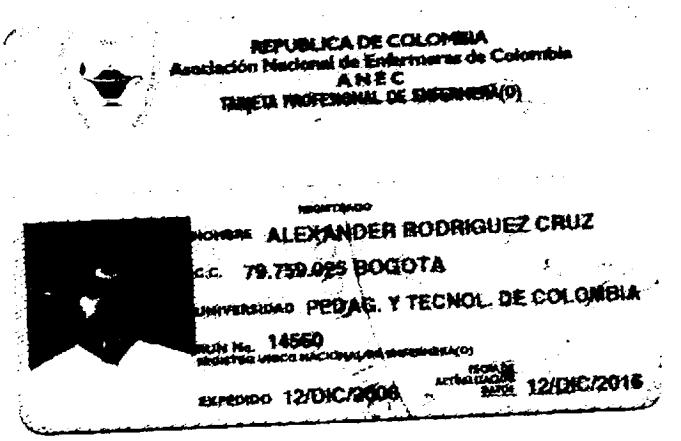
El graduando emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a ejercer la profesión con responsabilidad y honradez, de conformidad con la Constitución, las leyes de la República de Colombia, poner todo empeño en el desarrollo del País y de sus instituciones, brindar generoso apoyo a los programas de justicia social y dignificación de la persona humana y llevar siempre en alto el nombre y los principios de la Universidad Santo Tomás. Seguidamente el presidente de la ceremonia de graduación procedió a la entrega del Diploma que lo acredita para el ejercicio de su profesión de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. Luis Alberto Orozco Arcila. O.P. (Hay un sello)
Fdo. Myriam Maritza Niño Forero (Hay un sello)

Es fiel copia tomada del original, expedida en la ciudad de Tunja, el día 11 de diciembre del año 2009.

La Secretaria Seccional,



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERIA(O)

NOMBRE ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

C.C. 79.759.025 BOGOTA

UNIVERSIDAD PEDAG. Y TECNOL. DE COLOMBIA

RUN No. 14560

EXPEDIDO 12/DIC/2006

FECHA DE ACTIVACION 12/DIC/2016

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	79759025		

Confirme los números de la Imagen *

4903

Cambiar

3054

Consulta Registro ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2025-01-13→11:44:32 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	79759025	ALEXANDER		RODRIGUEZ	CRUZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ identificado(a) con CC 79759025 registra La siguiente información:

2025-01-13→11:44:32 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2006-12-12		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2006-10-04	8914	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

EL GERENTE DE VISION INTEGRAL EN SALUD

CERTIFICA

Que el señor ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ, identificado con cedula de ciudadanía Nº79.759.025 de Bogotá, labora con VISION INTEGRAL DE SALUD, desempeñándose como AUDITOR DE CUENTAS, quien nos acompaña desde 11 de Enero de 2012 a 31 de Diciembre de 2016 realizando actividades de auditoria de cuentas, seguimiento al proceso de habilitación, proceso de contratación y contestación de glosas.

Se expide en Tunja a los 10 días de Enero de 2017

HUGO ALEJANDRO AVILA RAMIREZ
GERENTE

[illegible]
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "CENTRO DE SALUD DE TOCA"
Nit 820.003.522-6

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "CENTRO DE SALUD DE TOCA"

CERTIFICA QUE:

El señor **ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ**, identificado con cedula de ciudadania No. 79.759.025 de Bogota, laboro en esta institucion como **Enfermero Jefe**, del trece (13) de Julio de 2006 al Doce (12) de Agosto del mismo año

Las labores realizadas durante este tiempo fueron atencion en consulta externa, hospitalización, urgencias y actividades de Promoción y Prevencion

Se expide la presente a los Diecisiete (17) días de Agosto de dos mil seis (2006)

Cordialmente

CLAUDIA BIBIANA PEÑA MORENO
Gerente

LA SUSCRITA TESORERA DE LA E.S.E CENTRO DE SALUD DE VENTAQUEMADA

CERTIFICA

Que ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ identificado con C.C. N° 79.759.025 de Bogota, ha contratado con la E.S.E. Centro de Salud de Ventaquemada con el objeto de prestar sus Servicios Profesionales para realizar, asesorar y gestionar los procesos de facturacion de servicios de salud en la E.S.E., digitando los rips a que hubiere lugar, desarrollar los procesos de pre auditoria y auditoria de todas cuentas medicas de la E.S.E., respuesta de objeciones de todas las entidades, conciliacion de las mismas, desarrollo del proceso de cartera gestionando entre otros el recaudo de esta y acompañamiento y asesoria en la contratacion de la venta de servicios de salud hasta la liquidacion de los respectivos contratos desde el 01 de febrero del año 2012 al 31 de diciembre de 2014, mediante contratos de prestacion de servicios Nros. OPS 10-2012, OPS 35-2012, OPS 50-2012, Contrato 03-2013, Contrato 15-2013, Contrato 21-2013, Contrato 03-2014, Contrato 11-2014, los cuales cumplió de una manera satisfactoria.

La presente se expide a solicitud de los interesados en Ventaquemada a los 05 días del mes de Enero de 2016.

Cordialmente,

AMANDA ESPERANZA BECERRA C.
Tesorera E.S.E. Ventaquemada

820 -3288

Bucaramanga. Septiembre 28 de 2012

Señor (a)
ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ
PROFESIONAL ADMINISTRACION DE RED PROMOCION Y PREVENCION EPIDEMIOLOGIA
Departamental Boyacá
Tunja

ASUNTO: **CERTIFICACION**

Cordial saludo.

En atención a su comunicación, me permito certificar que usted laboro en el periodo comprendido entre el 26 de Enero de 2010 a 11 de Julio de 2011 y de 01 de Mayo de 2012 a 07 de Septiembre de 2012, como PROFESIONAL ADMINISTRACION DE RED, PROMOCION Y PREVENCION Y EPIDEMIOLOGIA en SOLSALUD EPS de tiempo completo

En nombre del equipo de colaboradores y en el mio propio, queremos agradecerle su esfuerzo y gestión llevada a cabo durante el tiempo que se desempeñó como PROFESIONAL ADMINISTRACION DE RED PROMOCION Y PREVENCION Y EPIDEMIOLOGIA, nos sentimos complacidos de haberle tenido como parte de la gran familia SOLSALUD, y le deseamos exitos en sus proyectos personales.

Atentamente.

DAVID JOSE SEIJO CHACON
DIRECTOR NACIONAL DE GESTION HUMANA
Copia: Carpeta Laboral

ELABORO: Nohora Ramirez Tecnico Administrativo Gestion Humana

Consorcio
Gestión y Servicios
BPO

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL
CONSORCIO DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD "GESTION EN SALUD BPO
Nit. 900.932.202-5

CERTIFICA QUE:

Que **ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ,** identificado con C.C. 79.759.025, labora para nuestra empresa, desempeñando el cargo de **AUDITOR MEDICO** en el centro de servicios de la ESE CENTRO DE SALUD DE VENTAQUEMADA, mediante un contrato de prestación de servicios, desde el primero (01) de Marzo de 2016 hasta el Treinta y Uno (31) de diciembre de 2016.

La presente se expide a solicitud del interesado a los Veinte (20) días del mes de Abril de 2016.

CESAR CAMILO CASTRO OSORIO
REPRESENTANTE LEGAL

Cooperativa de Trabajo Asociado

CISS LTDA

Centro Integrado de Servicios de Salud
ESPECIALIZADA EN SALUD

NIT. 804.017.899-5
Res. Min. Prot. Social
No. 000220 - Agosto 26 de 2008

CERTIFICA QUE:

La Cooperativa de Trabajo Asociado CISS LTDA C.T.A. identificada con Nit No. 804.017.899-5, certifica que el Señor, **ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ,** identificado con la cédula de ciudadanía número 79.759.025 Expedida en Bogotá D.C., Fue trabajador Asociado de nuestra Cooperativa, con convenio de asociación, durante los siguientes periodos: Del 21 de Septiembre de 2006 al 24 de Marzo de 2008 y Del 01 de Agosto de 2008 al 31 de Diciembre de 2008, Tiempo de dedicación: Tiempo Completo con una jornada de 45 horas semanales, desarrollando Procesos de **JEFE DE ENFERMERIA,** en la E.S.E. CENTRO DE SALUD DE VENTAQUEMADA.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Tunja a los Ocho (08) días del mes de Junio de dos mil diez (2010).

Atentamente,

Cooperativa de Trabajo Asociado
CISS LTDA.
ESPECIALIZADA EN SALUD
NIT. 804017899-5

LIDA CONSTANZA CAMACHO QUIMBAYA
Jefe Nómina

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL AREA

DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

El (la) señor(a) RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER identificado(a) con la cedula de ciudadania numero [redacted] labora en nuestra empresa mediante contrato de trabajo TERMINO FIJO desde el dia 12 de [redacted] desempeñando el cargo COORDINADOR PROMOCION Y PREVENCION devengando una asignacion salarial de $ 2.057.000

La presente se expide a solicitud del interesado en Neiva a los 27 Febrero 2012

Cordialmente,

CLAUDIA ROCIO SALOMON ARIZA

PROMOVIENDO
Cooperativa de Trabajo Asociado

AR-1059
670010

EL SUSCRITO COORDINADOR REGIONAL DE BOYACÁ DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PROMOVIENDO "PROMOVIENDO C.T.A." NIT. 830.099.825-6

CERTIFICA QUE:

Que una vez verificados los registros correspondientes del (la) señor (a) **ALEXANDER RODRÍGUEZ CRUZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **79.759.025** Fue asociado(a) de la cooperativa **PROMOVIENDO C.T.A.** desde mayo 01 de 2009 hasta Enero 25 de 2010. Prestó sus servicios como **ENFERMERO** en nuestra empresa cliente **ESE CENTRO DE SALUD VENTAQUEMADA I NIVEL,** mostrando excelente desempeño y dedicación.

ALEXANDER RODRÍGUEZ CRUZ prestó sus servicios de tiempo completo con un cumplimiento semanal de 45 horas; su convenio de asociación y los servicios que prestó están regulados por la ley 79 de 1.988, 1233 de 2.008 y el decreto 4588 de 2.006.

Se expide a solicitud del interesado a los 08 días del Junio de 2010.

Cordialmente.

MIGUEL ÁNGEL BONDÓN RICO
Coordinador Regional Boyacá.

Calle 22 No. 9 - 27 Oficina 307 Teléfonos: 313 401 0246 – 368 1103 /04 Fax 368 1100
promoviendoboyaca@gmail.com
Tunja – Colombia

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL (E) DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SOLUCIONES CTA
NIT 820.005.180-5

CERTIFICA:

Que una vez verificados los registros correspondientes del (la) señor (a) **ALEXANDER RODRÍGUEZ CRUZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **79.759.025** Fue asociado(a) de la cooperativa **SOLUCIONES CTA,** desde Enero 01 de 2009 hasta Abril 30 de 2009. Prestó sus servicios como **ENFERMERO** En nuestra empresa cliente **ESE CENTRO DE SALUD VENTAQUEMADA I NIVEL.**

ALEXANDER RODRÍGUEZ CRUZ prestó sus servicios de tiempo completo con un cumplimiento semanal de 45 horas; su convenio de asociación y los servicios que prestó están regulados por la ley 79 de 1.988, 1233 de 2.008 y el decreto 4588 de 2.006.

Se expide a solicitud del interesado a los 30 días del Abril de 2009.

Cordialmente.

MIGUEL ÁNGEL RONDÓN RICO
Gerente General (E)

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA
T U N J A

CERTIFICA QUE:

Alexander Rodríguez Cruz

C.C. 79.759.025

Participó en el **Seminario Taller en Acreditación de IPS**,
realizado el día 14 de noviembre 2008,
con una intensidad de 9 horas.

En constancia se firma a los 14 días
del mes de noviembre de 2008.

P. Carlos Mario Alzate Montes, O.P.
Rector

Siervo Julio Delgado Ruíz
Director de Posgrados y Educación Continuada

Alexander Rodríguez Cruz

C.C. 79.759.025

Asistió al Diplomado

SEGURIDAD DEL PACIENTE - ERGONOMIA HOSPITALARIA

Con una intensidad de 120 horas

El contenido del programa comprendió

- Visión General de la Seguridad del Paciente
- Aspectos Básicos de la Seguridad del Paciente
- Tecno y Farmacoseguridad
- Factores Humanos en la Seguridad del Paciente
- Analisis e Investigación de Eventos Adversos e Incidentes
- Ergonomia Hospitalaria
- Mejoramiento del Programa del Paciente Seguro
- Responsabilidad Medico Legal

Tunja 28 de Noviembre de 2014

Carlos Humberto Pulido Riveros
Director de Educación

Con el patrocinio de

Código: C-F-43	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 02	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	Fecha: 11/03/2024

Yo: Alexander Rodriguez Cruz,de nacionalidad Colombiana identificado(a) con CC_x__ CE____ No. 79.759.025 expedida en la ciudad de Bogotá D.C, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** con respecto a la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por la de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA con Nit No. 891.800.231-0 y domicilio en la Carrera 11 No. 27 - 27 de la ciudad de Tunja - Boyacá Colombia, en el marco del contrato No. , manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información del Hospital, políticas que se encuentran publicadas en la página web https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/
2. En el presente compromiso de confidencialidad tiene por objeto definir, mantener y garantizar las obligaciones de confidencialidad y reserva absoluta que asume en relación con la información que reciba y tenga acceso directamente o a través de los colaboradores, sistemas de información de la institución, procesos de auditorías internas y externas, rondas de liderazgo, paciente trazador y demás herramientas de mejoramiento de la calidad de la institución, que le haya sido suministrada por la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y sus colaboradores, bien sea entregada por escrito, en medios magnéticos u otros idóneos para su transmisión, o que sea obtenida o conocida directamente y le sea suministrada, con ocasión del apoyo que aquella le brinda a ésta última para las gestiones relacionadas con la ejecución de las actividades y/o funciones que tenga asignadas.
3. Usar la información suministrada para el cumplimiento de mis funciones y no utilizarla de forma alguna que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
4. No divulgar, mostrar, hacer circular, reunir, sustraer, brindar, vender, intercambiar, modificar, recolectar, almacenar o replicar la información dada a conocer por el hospital, aún después de finalizada mi vinculación.
5. No publicar ni disponer de la información que tenga en mi conocimiento en sitios como Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, preservando la información a la que tenga acceso según las políticas establecidas por el hospital.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información a la persona designada por el hospital una vez se presente una modificación y/o terminación de su contrato, evitando mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo de las funciones del cargo desempeñado.
7. Garantizar la seguridad y privacidad de la información que se pone en mi conocimiento, haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el hospital, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información del hospital.
8. La información del correo electrónico es propiedad del hospital, si el correo se configura en un dispositivo móvil es responsabilidad mía la correcta utilización de la cuenta, si el dispositivo se extravía es mi obligación informar el incidente a la institución.
9. Asistir a las capacitaciones de seguridad de la información y protección de datos personales brindadas por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
10. Atender y cumplir las Políticas de Seguridad y Privacidad de la información de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Con mí firma acepto los términos y condiciones impuestos en este acuerdo de confidencialidad de la información; el no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, disciplinarias, e incluso penales por parte de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.

Se suscribe en la ciudad de Tunja , el día trece (13) de enero de 202(5).

Firma _____

Nombre ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

Cédula 79759025 Bta

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	**FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE**	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 05	**(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)**	**Fecha: 26/08/2024**

Fecha 13-01-24 **Ciudad** Tunja **Departamento** Boyacá

La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 20211700000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR	☐	EMPLEADO	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	TERCERIZADOS	☐	TEMPORAL	☐
JUNTA DIRECTIVA	☐	OTRO	☐	CUAL _____	

1. PERSONA NATURAL

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

NACIONAL [X] EXTRANJERA [ ] PUBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

TIPO DE IDENTIFICACION	C.C.	C.E.	T. I	FECHA DE EXPEDICIÓN
	X			08/08/95

NUMERO DE IDENTIFICACION: 79.759.025 LUGAR DE EXPEDIDA: BOGOTA

FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/77 LUGAR DE NACIMIENTO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 1 Este 78-54 NUMERO DE TELEFONO: 3133939529

NUMERO DE CELULAR: 3133939529 E-MAIL: arc2255@hotmail.com

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO [ ] INDEPENDIENTE [X] ESTUDIANTE [ ] SOCIO [ ] PENSIONADO [ ]

ACTIVIDAD "CIIU" 8692 ***Opcional**

OCUPACIÓN / PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA
Xxxx AUDITOR	ESE HOSPITAL U SAN RAFAEL	AUDITOR

DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	NUMERO TELEFONO	E-MAIL
	TUNJA		

2. PERSONA JURIDICA

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

RAZON SOCIAL: NIT:

DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL	CIUDAD	NUEMERO TELÉFONO	**FAX**

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	NUMERO TELÉFONO	**FAX**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

TIPO DE EMPRESA	PUBLICA	X	PRIVADA		MIXTA		EXTRANJERA	

OTRA. CUAL?		CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU"	

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO
*** Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique.**

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA
*** Campo Obligatorio**

TOTAL ACTIVOS	$ 20.000.000	TOTAL, PASIVOS	$ N/A
INGRESOS MENSUALES	$ 6.000.000	OTROS INGRESOS	$ N/A
EGRESOS MENSUALES	$ 4.500.000	OTROS EGRESOS	$
CONCEPTO DE LOS INGRESOS	HONORARIOS		

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES
*** Campo Obligatorio**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ TRANSFERENCIAS ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

6. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)
*** Campo Obligatorio**

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	**SI** ☐	**NO** ☒
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL?	**SI** ☐	**NO** ☒
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?	**SI** ☐	**NO** ☒
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?	**SI** ☐	**NO** ☒

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? **SI** [ ] **NO** [X]

SI SU RESPUESTA ES SÍ EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR EXPLIQUE LA RAZÓN:

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO*

*** Campo Obligatorio**

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc): HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades Ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, consultar en base de datos la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

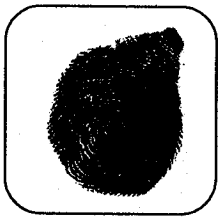
8. INFORMACIÓN BANCARIA

*** Campo Obligatorio**

ENTIDAD	SUCURSAL Y/O TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	LIBERTADOR	AHORROS	25871553109
XXX	XXX	XX	XX

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:



HUELLA INDICE DERECHO

ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE
C.C. No 79759025

Sandra Liliana Olaya Ramos

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA
C.C. No 400 43714

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD