FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cruz	Acosta	Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 12126079	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 12126079 D.M. 42

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 08 AÑO 1964

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO NEIVA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4 4 54 TORREON BUENA VISTA DE LA POLA TORRE 4 APTO 401

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO EMAIL alfonsocruz14@yahoo.es

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	11	AÑO	1982
										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	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL	02	1999	
PREGRADO	10	X		MEDICINA	11	1992	359-4489

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*
					CONDICIONES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
CENTRO DE EDUCACIÓN EN ADMINISTRACION DE SALUD - CEADS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	400	X		POST GRADO EN GERENCIA, PLANEACIÓN, ADMINISTRACION EN SALUD Y DESARROLLO SOCIAL	09	1995

4 IDIOMAS

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*
INGLÉS	X			X			X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SUÁREZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6082883185	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 2 8						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - DOLORES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* DOLORES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3175173293	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	11	*Año* 2024	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIAS / HOSPITALARI	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 2						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANOS - SANTA ISABEL			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SANTA ISABEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3214575616	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ´MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 7 42						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ISIDRO DE ALPUJARRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ALPUJARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2261172	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*DEPENDENCIA* GERENTE - REPRESENTANTE LEGAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 - 5A 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8394547	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	12	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 2 N ° 6 -16						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ALPUJARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212011134	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	27	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE REPRESENTANTE LAGAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 N 5 A 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PETROWORKS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7051777	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	02	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 72 N 6 30 Piso 17						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* RIVERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8387410	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR MEDICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 5 11 05 (692,10 km) Rivera (Huila)						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* COLOMBIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8319547	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2010	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR MEDICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 33 N 7 68						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2005	*Día*	08	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBGERENTE ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA / ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 2 E 11 17 Avenida Libertadores Salida Neiv						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	04	*Año*	2003	*Día*	12	*Mes*	01	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE REPRESENTANTE LEGAL	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CALLE 2 N 06 16						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ALPUJARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212011134	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	09	*Año*	1994	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE / REPRESENTANTE LEGAL	*DEPENDENCIA* GERENCIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 N 5 A 43						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PRADO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* PRADO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	04	*Año*	1993	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	1994
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL MEDICO SSO	*DEPENDENCIA* MEDICO GENERAL S.O						*DIRECCIÓN* CALLE 13 3 A 78					

6 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*					

7 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	26	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.126.079**

CRUZ ACOSTA

APELLIDOS

ALFONSO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1964**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

15-NOV-1982 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-1900100-00264890-M-0012126079-20101111 0024758214A 1 6671069692

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **12.126.079**

CRUZ ACOSTA

APELLIDOS

ALFONSO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1964**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

15-NOV-1982 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-1900100-00264890-M-0012126079-20101111 0024758214A 1 6671069692

La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

La Universidad Surcolombiana

Hace constar que

Alfonso Cruz Acosta

TI 12042079 de Pitalito

Cumplió con todos los requisitos reglamentarios del programa de estudios para graduarse y le confiere el título de

Especialista en Salud Familiar Integral

Acta de Grado No. 65 Neiva, Huila el día 19 del mes Marzo de 1999

Rector | Secretario Académico | Decano de la Facultad | Secretario General

Registrado Folio 54 del Libro de Diplomas No. 1

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

ACTA DE GRADO NO. 95

La Universidad Surcolombiana creada por Ley 13 de enero 30 de 1976 y reconocimiento institucional por Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que el graduado

ALFONSO CRUZ ACOSTA

C.C. No. 12,128,078 de Neiva (Huila)

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos Reglamentarios del Programa de Estudios para graduados le confiere el título de:

ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva a los 19 días del mes de MARZO de 1998

JORGE ANTONIO POVEDA PUENTES
Rector

LUIS ALBERTO CERQUERA ESCOBAR
Vicerrector Académico

GUILLERMO GONZALEZ MANRIQUE
Decano de la Facultad

EDUARDO BELTRAN CUELLAR
Secretario General

"Este Documento es una fiel copia de un documento electrónico"
"Para convalidar la información de este documento, favor ingresar al sitio https://gc.ucc.edu.co:6201/vco/, ingresar el radicado

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: IBA-02-2024-022818
Fecha : 7/03/24 12:03
Sede: Ibagué

La Universidad Cooperativa de Colombia
certifica que

ALFONSO CRUZ ACOSTA

C.C. 12126079

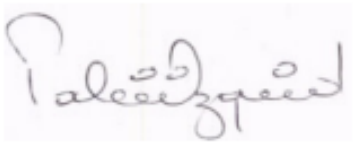
Cumplió a cabalidad los requisitos exigidos por la normatividad de la Universidad,
por lo cual se le expide el presente certificado:

Diplomado en formación de verificadores del cumplimiento de las condiciones de habilitación de prestadores de servicios de salud

Llevado a cabo en la ciudad de **Ibagué**, del **14** de **noviembre** del año **2023** al **14** de **febrero** del año **2024**, con una duración de **148** horas.

Anotado en el folio N° **129** del libro de registro y diplomas N° **15 - 10** refrendado en **Ibagué** a los **23** días del mes de **febrero** del año **2024**.

En testimonio de ello se firma en **Ibagué** a los **7** días del mes de **marzo** de **2024**.



Patricia del Pilar Izquierdo Hernández
DIRECTOR(A) CAMPUS

El presente documento no tiene validez sin la firma o si presenta borrón o enmendadura. La información contenida en este certificado es extraída directamente del sistema de información académica.

Proyectó: Bryan Daniel Gualteros Lara – Coordinador de Proyección Social y Extensión
Revisó: Diana Constanza Cardoso Guzmán - Jefe de Admisiones y Registro
Patricia.izquierdo@ucc.edu.co
Vigilada Mineducación

HOSPITAL San Rafaél E.S.E Dolores - Tolima Unidos por la efectividad y humanizacion en la atención en salud NIT. 890-700-568-4	*CERTIFICACIÓN*	
VERSION:1.0	CODIGO: FECHA DE REALIZACION:	PAGINA _ DE _

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE DOLORES TOLIMA

CERTIFICA:

Que el señor **ALFONSO CRUZ ACOSTA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 12.126.079 de Neiva Huila, presto satisfactoriamente sus servicios en el hospital San Rafael E.S.E bajo los siguientes contratos:

AÑO 2024
CONTRATO N°169-2024
FECHA DE INICIO: 21 de noviembre de 2024
FECHA DE FINALIZACION: 01 de diciembre de 2024
OBJETO: Prestar sus servicios profesionales como médico en las instalaciones del Hospital San Rafael de Dolores Tolima de conformidad con la programación de turnos que realice el hospital.

En constancia de lo anterior se firma en Dolores Tolima, a los nueve (09) días del mes de enero de 2025.

PLACIDO ALEXANDER PEREZ MARTINEZ
Profesional universitario

Scanned with CamScanner

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ISIDRO DE ALPUJARRA TOLIMA

NIT.800.025.221-1

C E R T I F I C A:

Que el Doctor **ALFONSO CRUZ ACOSTA** identificado con cedula de ciudadanía Número 12.126.079 expedida en Neiva Huila, laboró en el Hospital San Isidro Empresa Social del Estado de Alpujarra Tolima en el cargo de Gerente, desde el primero (01) de abril de dos veinte (2.020) a la fecha, mediante vinculación planta de personal, desarrollando las siguientes funciones:

1. Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico y adoptar las medidas conducentes a aminorar sus efectos
2. Identificar el diagnóstico de la situación de salud del área de influencia de la entidad, interpretar sus resultados y definir los planes, Programas, proyectos y estrategias de atención.
3. Desarrollar planes, programas y proyectos de salud conforme a la realidad socioeconómica y cultural de la región.
4. Participar en el diseño, elaboración y ejecución del Plan Territorial de Salud, de los proyectos especiales y los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y adecuar el trabajo institucional a dichas orientaciones.
5. Planear, organizar y evaluar las actividades de la entidad y velar por la aplicación de las normas y reglamentos que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Promover la adaptación, adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
7. Presentar para aprobación de la Junta Directiva del plan de gestión, plan de desarrollo de la entidad y el presupuesto prospectivo, de acuerdo con la Ley Orgánica de Presupuesto y las normas reglamentarias.
8. Adaptar la entidad a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económico de la entidad, así como la competitividad de la institución

9. Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.

10. Garantizar el establecimiento del sistema de acreditación hospitalaria, de auditoría en salud y control interno que propicien la garantía de la calidad en la prestación del servicio

11. Establecer el sistema de referencia y contra referencia de pacientes y contribuir a la organización de la red de servicios en el nivel territorial.

12. Diseñar y poner en marcha un sistema de información en salud, según las normas técnicas que expida el Ministerio de Salud y de la Protección Social y adoptar los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas.

13. Desarrollar objetivos, estrategias y actividades conducentes a mejorar las condiciones laborales, el clima organizacional, la salud ocupacional y el nivel de capacitación y entrenamiento, y en especial ejecutar un proceso de educación continua para todos los funcionarios de la entidad.

14. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de planta de personal y las reformas necesarias para su adecuado funcionamiento y someterlos a la aprobación de la autoridad competente.

15. Nombrar y remover los funcionarios de la entidad de acuerdo a las normas de administración de personal que rigen para las diferentes categorías de empleo en sistema general de seguridad social en salud.

16. Diseñar mecanismos de fácil acceso a la comunidad, que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios, atender las quejas y sugerencias y diseñar políticas y correctivos orientados al mejoramiento continuo del servicio.

17. Representar legalmente a la entidad judicial y extrajudicialmente y ser ordenador del gasto.

18. Contratar con las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas la realización de las actividades del Plan Obligatorio de Salud, que esté en capacidad de ofrecer.

19. Propiciar y desarrollar investigaciones científicas-tecnológicas con el fin de establecer las causas y soluciones a los problemas de salud en su área de influencia.

20. Adelantar actividades de transferencia tecnológica y promover las realizaciones de pasantías con el fin de ampliar los conocimientos científicos y tecnológicos de los funcionarios de las entidades hospitalarias.

21. Participar y contribuir al desarrollo del sistema de red de urgencias en su área de influencia.

22. Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional.

23. Las demás funciones que le sean asignadas por la Ley, los Estatutos y por la autoridad competente de acuerdo con la naturaleza del cargo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Alpujarra Tolima, a los veintiocho (28) días del mes de diciembre de dos mil veintitrés (2023).-

NURY MABEL TRUJILLO CASTRO
Profesional Universitario

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ISIDRO DE ALPUJARRA TOLIMA

NIT.800.025.221-1

C E R T I F I C A:

Que el Doctor **ALFONSO CRUZ ACOSTA** identificado con cedula de ciudadanía Número 12.126.079 expedida en Neiva Huila, laboró en el Hospital San Isidro Empresa Social del Estado de Alpujarra Tolima en el cargo de Gerente, desde el seis (06) de junio de dos mil quince (2.015) al veintisiete (27) de junio de dos mil diecinueve (2.019), mediante vinculación planta de personal, desarrollando las siguientes funciones:

1. Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico y adoptar las medidas conducentes a aminorar sus efectos
2. Identificar el diagnóstico de la situación de salud del área de influencia de la entidad, interpretar sus resultados y definir los planes, Programas, proyectos y estrategias de atención.
3. Desarrollar planes, programas y proyectos de salud conforme a la realidad socioeconómica y cultural de la región.
4. Participar en el diseño, elaboración y ejecución del Plan Territorial de Salud, de los proyectos especiales y los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y adecuar el trabajo institucional a dichas orientaciones.
5. Planear, organizar y evaluar las actividades de la entidad y velar por la aplicación de las normas y reglamentos que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Promover la adaptación, adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
7. Presentar para aprobación de la Junta Directiva del plan de gestión, plan de desarrollo de la entidad y el presupuesto prospectivo, de acuerdo con la Ley Orgánica de Presupuesto y las normas reglamentarias.
8. Adaptar la entidad a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económico de la entidad, así como la competitividad de la institución

9. Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.

10. Garantizar el establecimiento del sistema de acreditación hospitalaria, de auditoría en salud y control interno que propicien la garantía de la calidad en la prestación del servicio

11. Establecer el sistema de referencia y contra referencia de pacientes y contribuir a la organización de la red de servicios en el nivel territorial.

12. Diseñar y poner en marcha un sistema de información en salud, según las normas técnicas que expida el Ministerio de Salud y de la Protección Social y adoptar los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas.

13. Desarrollar objetivos, estrategias y actividades conducentes a mejorar las condiciones laborales, el clima organizacional, la salud ocupacional y el nivel de capacitación y entrenamiento, y en especial ejecutar un proceso de educación continua para todos los funcionarios de la entidad.

14. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de planta de personal y las reformas necesarias para su adecuado funcionamiento y someterlos a la aprobación de la autoridad competente.

15. Nombrar y remover los funcionarios de la entidad de acuerdo a las normas de administración de personal que rigen para las diferentes categorías de empleo en sistema general de seguridad social en salud.

16. Diseñar mecanismos de fácil acceso a la comunidad, que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios, atender las quejas y sugerencias y diseñar políticas y correctivos orientados al mejoramiento continuo del servicio.

17. Representar legalmente a la entidad judicial y extrajudicialmente y ser ordenador del gasto.

18. Contratar con las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas la realización de las actividades del Plan Obligatorio de Salud, que esté en capacidad de ofrecer.

19. Propiciar y desarrollar investigaciones científicas-tecnológicas con el fin de establecer las causas y soluciones a los problemas de salud en su área de influencia.

20. Adelantar actividades de transferencia tecnológica y promover las realizaciones de pasantías con el fin de ampliar los conocimientos científicos y tecnológicos de los funcionarios de las entidades hospitalarias.

21. Participar y contribuir al desarrollo del sistema de red de urgencias en su área de influencia.

22. Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional.

23. Las demás funciones que le sean asignadas por la Ley, los Estatutos y por la autoridad competente de acuerdo con la naturaleza del cargo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Alpujarra Tolima, a los veintiocho (28) días del mes de diciembre de dos mil veintitrés (2023).-

NURY MABEL TRUJILLO CASTRO
Profesional Universitario

E. S. E. HOSPITAL DIVINO NIÑO
Rivera- Huila
NIT.813.002.933-5

LA SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DIVINO NIÑO DE RIVERA – HUILA

HACE CONSTAR:

Que el doctor **ALFONSO CRUZ ACOSTA** Identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.126.079 de Neiva (H), ha prestado sus servicios en esta institución de la siguiente manera:

Contrato No. 055 del 25 de Enero de 2010.

Objeto: Prestar sus servicios como COORDINADOR MEDICO, apoyando y coordinando las actividades de los especialistas y médicos generales, los procesos de prestación de servicios, incluido urgencias, consulta externa, hospitalización, quirófanos y extramurales; además realizara asistencias medicas en urgencias o consulta externa, de acuerdo a las necesidades que se requieran; igualmente verificara le servicio a los usuarios, entre otros; de acuerdo con la programación y el cronograma establecido en la ESE.

Vigencia: Seis (06) meses.

Tipo de Contrato: Prestación de servicios.

Contrato No. 142 del 25 de Julio de 2010.

Objeto: Prestar sus servicios como COORDINADOR MEDICO, apoyando y coordinando las actividades de los especialistas y médicos generales, los procesos de prestación de servicios, incluido urgencias, consulta externa, hospitalización, quirófanos y extramurales; además realizara asistencias medicas en urgencias o consulta externa, de acuerdo a las necesidades que se requieran; igualmente verificara le servicio a los usuarios, entre otros; de acuerdo con la programación y el cronograma establecido en la ESE.

Vigencia: Del veintiséis (26) de Julio de 2010 al treinta y uno (31) de Diciembre del 2010.

Tipo de Contrato: Prestación de servicios.

Contrato No. 42 del 03 de Enero de 2011.

Objeto: Prestar sus servicios como COORDINADOR MEDICO, apoyando y coordinando las actividades de los especialistas y médicos generales, los procesos de prestación de servicios, incluido urgencias, consulta externa, hospitalización, quirófanos y extramurales; además realizara asistencias medicas en urgencias o consulta externa, de acuerdo a las necesidades que se requieran; igualmente verificara le servicio a los usuarios, entre otros; de acuerdo con la programación y el cronograma establecido en la ESE.

Vigencia: Tres (03) meses.

Tipo de Contrato: Prestación de servicios.

Contrato No. 101 del 04 de Abril de 2011.

Objeto: Prestar sus servicios como COORDINADOR MEDICO, apoyando y coordinando las actividades de los especialistas y médicos generales, los procesos de prestación de servicios, incluido urgencias, consulta externa, hospitalización, quirófanos y extramurales; además realizara asistencias medicas en urgencias o consulta externa, de acuerdo a las necesidades que se requieran; igualmente verificara le servicio a los usuarios, entre otros; de acuerdo con la programación y el cronograma establecido en la ESE.

Vigencia: Del cinco (05) de Abril de 2011 hasta el treinta y uno (31) de Diciembre del 2011.

Tipo de Contrato: Prestación de servicios.

Mensualidad: Tres millones setecientos setenta y cuatro mil pesos m/cte. ($ 3.774.000).

Contrato No. 34 del 02 de enero 2012

Objeto: Prestar sus servicios como COORDINADOR MEDICO, apoyando y coordinando las actividades de los especialistas y médicos generales, los procesos de prestación de servicios, incluido urgencias, consulta externa, hospitalización, quirófanos y extramurales; además realizara asistencias medicas en urgencias o consulta externa, de acuerdo a las necesidades que se requieran; igualmente verificara le servicio a los usuarios, entre otros; de acuerdo con la programación y el cronograma establecido en la ESE.

Vigencia: Del dos (02) de enero l de 2011 hasta el treinta y uno (31) de Diciembre del 2012

E. S. E. HOSPITAL DIVINO NIÑO
Rivera- Huila
NIT.813.002.933-5

Tipo de Contrato: Prestación de servicios.

Mensualidad: Tres millones setecientos setenta y cuatro mil pesos m/cte. ($ 3.774.000).

Dada en Rivera, el catorce (14) días del mes de febrero de dos mil doce (2012).

BEATRIZ ARIZA REYES
Subgerente.

LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANA SILVIA MALDONADO JIMENEZ DE COLOMBIA - HUILA

C E R T I F I C A:

Que el Doctor **ALFONSO CRUZ ACOSTA,** Identificado con la cédula de Ciudadanía No. 12.126.079 Expedida en Neiva Huila, desarrolló actividades como **COORDINADOR MEDICO ASISTENCIAL E INTERVENTOR** en la "E.S.E. Ana Silvia Maldonado Jiménez" mediante la modalidad de Contrato de prestación de servicios profesionales a termino definido durante el periodo comprendido entre el 7 de Julio de 2010 y el 31 de Marzo de 2011, caracterizándose por su honestidad, buen desempeño y responsabilidad en las labores asignadas.

Durante la prestación de sus Servicios Profesionales como **COORDINADOR MEDICO, ASISTENCIAL E INTERVENTOR** en la ESE, desarrolló las siguientes actividades:

1. Apoyó y coordinó las actividades de los Médicos, Enfermeras, Odontóloga, Higienista Oral, Bacterióloga, Auxiliares de Enfermería y en general de todo el personal del área asistencial

2. Coordinó y Participó en los procesos para mejorar la calidad en la prestación de todos los servicios

3. Asesoró e hizo acompañamiento en los procesos de contratación con las EPS.S y EPS

4. Lideró los comités institucionales
5. Atendió consulta médica en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización
6. Realizó la Supervisión e Interventoría a todos los contratos del Personal del área asistencial, entre otras actividades

El presente se expide a solicitud del interesado para fines pertinentes.

Dado en Colombia Huila, a los veinticuatro (24) días del mes de Abril de 2011.

MIREYA RUGELES RAMIREZ
Gerente

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO DE PADUA"
DE LA PLATA HUILA

NIT. 891.180.117-7

LA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA - HUILA

C E R T I F I C A

Que, el Doctor **ALFONSO CRUZ ACOSTA**, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 12.126.079 de Neiva, laboró en esta empresa de tiempo completo en el Cargo de **SUBGERENTE ASISTENCIAL**, con nombramiento a término indefinido desde el Primero (01) de Marzo de 2005 hasta el 8 de diciembre de 2009.

Desempeñando las siguientes funciones:

- Planear controlar y evaluar conjuntamente con cada servicio, la atención a las personas y la prestación de los servicios asistenciales de salud.
- Dirigir y controlar la aplicación de un sistema de Auditoria Medica en el Hospital.
- Adaptar y adoptar las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la prestación de los servicios asistenciales de Salud y velar por la validez científica de las técnicas y procedimientos utilizados en el diagnostico y tratamiento.
- Dirigir la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud a la comunidad y definir las acciones correctivas pertinentes.
- Promover las investigaciones de tipo aplicado, orientadas a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud que afecten a la comunidad.
- Promover la realización de actividades educativas a la comunidad a nivel intra y extramural.
- Velar por el sistema de referencia y contra referencia de pacientes.
- Vigilar todas aquellas situaciones que sean factor de riesgos epidemiológico.
- Prever la consecución oportuna de los recursos necesarios y promover la utilización de los disponibles.

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL "SAN ANTONIO DE PADUA"
DE LA PLATA HUILA

NIT. 891.180.117-7

- Establecer y mantener las relaciones de coordinación intra y extrainstitucional necesarias para la adecuada prestación de los servicios de salud por parte del Hospital
- Las demás funciones que se le asignaron acordes con la naturaleza del cargo.

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado.

La Plata Huila, 09 de diciembre de 2009

AUDREY SORAYA PEÑA RIVERA

Martha Isabel

EL TÉCNICO OPERATIVO CON FUNCIONES DE JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE IQUIRA

CERTIFICA:

Que el Doctor **ALFONSO CRUZ ACOSTA**, Identificado con la cédula de ciudadanía número 12.126.079 Expedida en Neiva, laboro en esta Institución en el cargo de Gerente en propiedad desde el once (11) de Abril de 2003 hasta el doce (12) de Enero de 2005, ejerciendo las siguientes funciones:

- Ejercer la representación legal de la E.S.E para garantizar su permanente y correcto funcionamiento.
- Dirigir La E.S.E., manteniendo la homogeneidad de los procedimientos e intereses en torno a la misión, visión y objetivos de la misma.
- Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de La E.S.E., de acuerdo con los planes y programas establecidos, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del área de influencia, las características del entorno y las condiciones internas de La E.S.E.
- Articular el trabajo que realizan los diferentes niveles de la organización, dentro de una concepción participativa de la gestión.
- Proponer a la Junta Directiva los grupos funcionales al interior de la E.S.E., que considere convenientes, de conformidad con la estructura orgánica, acogiendo principios de organización, economía, efectividad, flexibilidad y funcionalidad.
- Ser nominador y ordenador del gasto de La E.S.E.
- Representar a La E.S.E. Judicial y extrajudicialmente.
- Velar por el cumplimiento de las Leyes y Reglamentos que rigen La E.S.E.
- Presentar los proyectos de Acuerdo, a través de los cuales se decidan situaciones de La E.S.E. que deban ser tramitadas, adoptadas y aprobados por el Junta Directiva.
- Celebrar y suscribir los contratos y convenios de la E.S.E.
- Rendir los informes que le sean solicitados por la Junta Directiva y demás autoridades competentes.

Continuación certificado del Doctor Alfonso Cruz Acosta Pág. 02

- Desarrollar iniciativas de salud que respondan a la realidad socioeconómica y cultural de la región.
- Participar en el diseño, elaboración y ejecución del Plan Local de Salud, de los programas de Prevención de la enfermedad y Promoción de la salud y de los proyectos especiales y adecuar el trabajo institucional a dichas orientaciones.
- Liderar la Planeación, organización y ejecución de las actividades desarrolladas por la E.S.E., con la finalidad de aplicar las normas que regulan el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Velar y promover la utilización racional y eficiente de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros de La E.S.E.
- Promover la adaptación y adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y velar por la validez científica y técnica de los procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento.
- Presentar para la aprobación de la Junta Directiva el Plan de Gestión, el Plan de Desarrollo Institucional, el Plan Operativo Anual de Acción de La E.S.E., y el proyecto de presupuesto respectivo de acuerdo con la Ley orgánica de presupuesto y las normas reglamentarias.
- Presentar para la aprobación de la Junta Directiva el proyecto de Planta de Personal, escala salarial, modificación de tarifas, el manual de funciones y el manual de procesos y procedimientos de La E.S.E. y las reformas necesarias para su adecuando funcionamiento, para su posterior adopción.
- Nombrar, contratar y remover los servidores públicos de la empresa, de acuerdo con las normas que rigen las diferentes formas de vinculación y retiro del servicio.
- Adaptar La E.S.E. a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco de la Ley de Seguridad Social en Salud, garantizando la eficiencia social y económica de la entidad, así como la competitividad de la institución.
- Liderar la organización del sistema contable y los centros de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.

Continuación certificado del Doctor Alfonso Cruz Acosta Pág. 03

- Liderar la organización del sistema contable y los centros de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.
- Adoptar el Sistema de Contabilidad Pública, así como los demás sistemas de información a que se encuentre obligada La E.S.E., siempre y cuando existan los recursos presupuéstales para el efecto.
- Adoptar el Sistema de Control Interno de acuerdo con la naturaleza, estructura y misión de la empresa.
- Asegurar que las políticas, objetivos, estrategias, planes, programas, metas, normas y procedimientos adoptados por la entidad se cumplan, para garantizar el cumplimiento de la misión.
- Participar en el establecimiento de sistemas de acreditación hospitalaria de auditoría en salud y control interno, que propicien la garantía de la calidad en la prestación del servicio.
- Liderar la organización de sistema de referencia y contra referencia de pacientes de conformidad con las disposiciones de la Secretaria de Salud Departamental y las características de las Entidades Promotoras de Salud, y contribuir a la organización de las redes de servicios de la región.
- Liderar el diseño y puesta en marcha de un sistema de información que soporte la gestión de la E.S.E., en sus procesos técnicos y administrativos.
- Fomentar el trabajo en equipo, con un enfoque interdisciplinario y promover la coordinación intra e intersectorial.
- Desarrollar objetivos, estrategias y actividades conducentes a mejorar las condiciones laborales, el clima organizacional, la salud ocupacional, el nivel de capacitación y entrenamiento y en especial ejecutar un plan de educación continua para todos los funcionarios de La E.S.E.
- Diseñar modelos y metodologías para estimular y garantizar la participación ciudadana y propender por la eficiencia de las actividades extramurales en las acciones tendientes a lograr las metas en salud y el mejoramiento en salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- Diseñar modelos y metodologías para estimular y garantizar la participación ciudadana y propender por la eficiencia de las actividades extramurales en las acciones tendientes a lograr las metas en salud y el mejoramiento en salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

- Continuación certificado del Doctor Alfonso Cruz Acosta Pág. 04

- Diseñar mecanismos de fácil acceso a la comunidad que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios, atender las quejas y sugerencias y
- diseñar en consecuencia políticas y correctivos orientados al mejoramiento continuo del servicio.
- Propiciar y desarrollar investigaciones científicas y tecnológicas con el fin de establecer las causas y soluciones a los problemas de salud en su área de influencia.
- Adelantar actividades de transferencia y tecnología y promover la realización de programas académicos, técnicos de promoción del personal con el fin de contribuir al desarrollo del recurso humano de la E.S.E
- Participar y contribuir al desarrollo del sistema de red de urgencias en su área de influencia.
- Promocionar el concepto de gestión de calidad que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional.
- Adoptar e implementar el sistema de registro e información epidemiológica y administrativa, conforme con las disposiciones y criterios técnicos y normativos.
- Ejercer el autocontrol en todas las funciones que le sean asignadas para garantizar su correcta ejecución

- Las demás funciones que le sean asignadas por la Ley, los Estatutos y por la autoridad competente de acuerdo con la naturaleza del cargo.

La presente Certificación se expide a solicitud verbal del interesado.

Dada en Iquira Huila, a los veintiún (21) días del mes de Diciembre de Dos mil veintitrés (2023).

ALIRIO BRAND CEDEÑO
Técnico Operativo con funciones de jefe de recursos humanos

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN ISIDRO DE ALPUJARRA TOLIMA

NIT.800.025.221-1

C E R T I F I C A:

Que el Doctor **ALFONSO CRUZ ACOSTA** identificado con cedula de ciudadanía Número 12.126.079 expedida en Neiva Huila, laboró en el Hospital San Isidro Empresa Social del Estado de Alpujarra Tolima en el cargo de Gerente, desde el veintitrés (23) de septiembre de mil novecientos noventa y cuatro (1.994) al treinta y uno (31) de julio de mil novecientos noventa y nueve (1.999), mediante vinculación planta de personal, desarrollando las siguientes funciones:

1. Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico y adoptar las medidas conducentes a aminorar sus efectos
2. Identificar el diagnóstico de la situación de salud del área de influencia de la entidad, interpretar sus resultados y definir los planes, Programas, proyectos y estrategias de atención.
3. Desarrollar planes, programas y proyectos de salud conforme a la realidad socioeconómica y cultural de la región.
4. Participar en el diseño, elaboración y ejecución del Plan Territorial de Salud, de los proyectos especiales y los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y adecuar el trabajo institucional a dichas orientaciones.
5. Planear, organizar y evaluar las actividades de la entidad y velar por la aplicación de las normas y reglamentos que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Promover la adaptación, adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
7. Presentar para aprobación de la Junta Directiva del plan de gestión, plan de desarrollo de la entidad y el presupuesto prospectivo, de acuerdo con la Ley Orgánica de Presupuesto y las normas reglamentarias.
8. Adaptar la entidad a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económico de la entidad, así como la competitividad de la institución

9. Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.

10. Garantizar el establecimiento del sistema de acreditación hospitalaria, de auditoría en salud y control interno que propicien la garantía de la calidad en la prestación del servicio

11. Establecer el sistema de referencia y contra referencia de pacientes y contribuir a la organización de la red de servicios en el nivel territorial.

12. Diseñar y poner en marcha un sistema de información en salud, según las normas técnicas que expida el Ministerio de Salud y de la Protección Social y adoptar los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas.

13. Desarrollar objetivos, estrategias y actividades conducentes a mejorar las condiciones laborales, el clima organizacional, la salud ocupacional y el nivel de capacitación y entrenamiento, y en especial ejecutar un proceso de educación continua para todos los funcionarios de la entidad.

14. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de planta de personal y las reformas necesarias para su adecuado funcionamiento y someterlos a la aprobación de la autoridad competente.

15. Nombrar y remover los funcionarios de la entidad de acuerdo a las normas de administración de personal que rigen para las diferentes categorías de empleo en sistema general de seguridad social en salud.

16. Diseñar mecanismos de fácil acceso a la comunidad, que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios, atender las quejas y sugerencias y diseñar políticas y correctivos orientados al mejoramiento continuo del servicio.

17. Representar legalmente a la entidad judicial y extrajudicialmente y ser ordenador del gasto.

18. Contratar con las Empresas Promotoras de Salud públicas o privadas la realización de las actividades del Plan Obligatorio de Salud, que esté en capacidad de ofrecer.

19. Propiciar y desarrollar investigaciones científicas-tecnológicas con el fin de establecer las causas y soluciones a los problemas de salud en su área de influencia.

20. Adelantar actividades de transferencia tecnológica y promover las realizaciones de pasantías con el fin de ampliar los conocimientos científicos y tecnológicos de los funcionarios de las entidades hospitalarias.

21. Participar y contribuir al desarrollo del sistema de red de urgencias en su área de influencia.

22. Promocionar el concepto de gestión de calidad y de acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional.

23. Las demás funciones que le sean asignadas por la Ley, los Estatutos y por la autoridad competente de acuerdo con la naturaleza del cargo.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en Alpujarra Tolima, a los veintiocho (28) días del mes de diciembre de dos mil veintitrés (2023).-

NURY MABEL TRUJILLO CASTRO
Profesional Universitario

ALCALDIA MUNICIPAL
DE PRADO TOLIMA

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE PRADO TOLIMA

C E R T I F I C A :

Que el Doctor ALFONSO CRUZ ACOSTA, titular de la c.c. No.12.126.029 de Neiva Huila, fué nombrado por esta Alcaldía como Médico Rural de este Municipio, por el término de un (1) año, a partir del 14 de Abril de 1.993 hasta el 13 de Abril de 1.994, según Decreto No. 040 de Abril 14 de 1.993.

Que el Doctor CRUZ ACOSTA cumplió con todos los programas y actividades que le fueron asignadas por el Hospital San Vicente de Paúl de este Municipio.

Que el cargo y localidad antes señaladas eran válidas para la prestación del servicio social obligatorio según formulario No. 1266 del 2 de Marzo de 1.993.

Que por lo anterior el Doctor CRUZ ACOSTA ha cumplido con el servicio Social Obligatorio al tenor de la Ley 52 de 1.964 sus Decretos reglamentarios y la Resolución No.109 de 1.967.

La presente se expide a solicitud del interesado para tramitar el Registro del diploma como Médico.

Dada en Prado Tolima a los veintiseis (26) días del mes de Abril de Mil Novecientos Noventa y Cuatro (1.994).-

ARTURO PERDOMO GONZALEZ
Alcalde Municipal

Vo.Bo. ANGELA GONZALEZ DE RIVERA
Secretaria de Salud de Tolima

JUAN CARLOS FERRERO OTERO
Jefe División Red de Servicios

NOTARIA PRIMERA, IBAGUE

Al original de que trata la presente copia se le sentó la diligencia de [illegible] de autenticación o reconocimiento de firmas.

Ibague, -4 MAY 1994

NOTARIA PRIMERA IBAGUE

OLGA CECILIA SAENZ F.
Notario Primero encargado

Blanco Delic - Hum + Pres. 10 P. - Petrus

27906 9
27906 8
-11453

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14969637910

(415)7707212489984(8020) 000001496963791 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 1 2 6 0 7 9	7	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 1 2 6 0 7 9	1 9 8 2 1 1 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	ACOSTA	ALFONSO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal
CL 20 B 46 34

42. Correo electrónico alfonsocruz14@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 3 3 2 7 2 5 6 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

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	1	6	2	2	4	9	5	2																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

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 - 12 - 29 / 09 : 08: 29

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 CRUZ ACOSTA ALFONSO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 12126079 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 07/05/2025 05:22 PM

Código Verificación: **X25EAHWTLY**

Válida hasta: **05/08/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

UT Get Boer | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Certifican que:

ALFONSO CRUZ ACOSTA,

con número de documento 12126079

CONCLUYÓ EL SEMINARIO "Psicología de la Emergencia: Reacciones, Resiliencia y Respuesta Efectiva"

ENTREGADO EL 13/12/2024

EQUIPO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

NIT. 900.625.999-1
Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 15276 de 28/11/13
Avenida Boyacá N° 4 - 16 Barrio Nueva Marssella Teléfono: 7561837

NOMBRE: ALFONSO CRUZ ACOSTA
FECHA: 2024-03-04 15:41:00
DOCUMENTO: 12126079
SEXO: M **EDAD:** 59
EMPRESA: PARTICULARES
NIT:
ACTIVIDAD ECONÓMICA: INDEPENDIENTE
DIRECCIÓN EMPRESA:
CARGO: GERENTE
TELÉFONO EMPRESA:
EPS: COOMEVA EPS
AFP: COLPENSIONES
ARL:



CONCEPTO DE APTITUD

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO DE GERENTE

TIPO DE CARGO: ADMINISTRATIVO

APOYO DIAGNOSTICO:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR	---	---	---
---	---	---	---
---	---	---	---

OTROS: NINGUNO

RECOMENDACIONES:

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA QUE EL PACIENTE ANTERIORMENTE IDENTIFICADO NO EVIDENCIA AL EXAMEN FÍSICO ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA ALGUNA. PUEDE VIVIR EN COMUNIDAD.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS DOS VECES AL DÍA
- HIGIENE VISUAL, AUDITIVA, RESPIRATORIA Y POSTURAL
- PAUTAS DE CONSERVACIÓN VISUAL, AUDITIVA, RESPIRATORIA Y POSTURAL
- UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ADECUADOS SEGÚN LA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO LABORALES
- NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL
- NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMISIBLES PARA LA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES
- UTILIZAR TÉCNICAS ADECUADAS PARA LEVANTAMIENTO DE CARGAS
- HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
- REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MINUTOS DIARIOS
- EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS

LAS RECOMENDACIONES ARRIBA DESCRITAS HAN SIDO COMUNICADAS VERBALMENTE AL USUARIO

INCLUSION AL S.V.E.

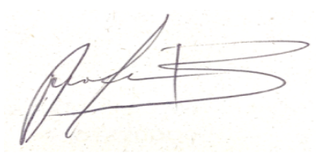
NINGUNO - -

REMISION

NINGUNA - - -



HENRY GUSTAVO CARDENAS SANCHEZ
ESP. MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 251277/98
Lic. en S.O. LIC SST 3109 DE 27/05/2023



PACIENTE: ALFONSO CRUZ ACOSTA
IDENTIFICACION: CC 12126079

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL DEL TRABAJADOR Y/O ASPIRANTE, LA CUAL TIENE CARÁCTER DE CONFIDENCIALIDAD Y SU MANEJO ESTA REGULADO POR LAS RESOLUCIONES 2346 DE 2007, 1918 DE 1995 Y 1715 DE 2005 DEL MPS

EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES RESOL. 2346 (ART 4) . PARÁGRAFO. EL MÉDICO DEBE RESPETAR LA RESERVA DE LA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL Y SÓLO REMITIRÁ AL EMPLEADOR EL CERTIFICADO MÉDICO.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

ALFONSO CRUZ ACOSTA

Con Documento de Identidad No 12126079

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

MEDELLIN - 08 DE MARZO DE 2025

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020250308

www.politecnicodecolombia.edu.co

POLITÉCNICO DE COLOMBIA
educación sin límites

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 250308A-513307

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo

Función Pública | sigepII

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Período 01/01/2024 - 31/12/2024

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Alfonso Cruz Acosta

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 12126079 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: TOLIMA MUNICIPIO: IBAGUÉ

DIRECCIÓN: CALLE 4 4 54 TORREON BUENA VISTA DE LA POLA TORRE 4 TELÉFONO: 3233272564

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA CAMILA CRUZ JIMENEZ	1007227367	HIJO(A)
VALERY SOFIA CRUZ PERDOMO	1076506821	HIJO(A)
CLAUDIA ROCIO CRUZ RAMÍREZ	1110547401	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$163.512.490
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$30.000.000
TOTAL	$193.512.490

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	466232026625	ALPUJARRA TOLIMA	31.387.976

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	45812457	139.729.000
INMUEBLES	NIQ058	70.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO AV VILLAS	CREDITO HIPOTECARIO	107.260.593
BANCOLOMBIA	TARJETA DE CREDITO	14.015.740
BANCOOMEVA	TARJETA DE CREDITO	5.353.282

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Ibagué Tolima 07/05/2025
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALFONSO CRUZ ACOSTA

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual de Diagnóstico Precoz del Cáncer en Niños y Adolescentes

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 80,00 %

16 de noviembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=673918b0-36a0-4166-a78a-af4dac1f0df5

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, 07/05/2025 06:31:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **12126079** y Nombre: **ALFONSO CRUZ ACOSTA.**

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. **115538784** . 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

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 17:20:10 horas del 07/05/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **12126079,** Apellidos y Nombres **CRUZ ACOSTA ALFONSO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital Local Fito Vasael E.S.E.**, con NIT **809000383-0** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)

Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ALFONSO CRUZ ACOSTA

C.C 12.126.079

Aprobó el Curso

SOPORTE VITAL BASICO (BLS) Y SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIOVASCULAR (ACLS)

Realizado los días 01, 02 y 03 de Marzo de 2024 con una intensidad de 48 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los tres (03) días del mes de Marzo de dos mil veinticuatro (2024). F.V Marzo 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R 2024 ENERO

E.R-1733270324

2024

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)

Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ALFONSO CRUZ ACOSTA

C.C 12.126.079

Aprobó el Curso

ASESORIA Y PRUEBA VOLUNTARIA PARA EL PRE Y POST TEST DE VIH

Realizado los días 09 y 10 de Marzo de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los diez (10) días del mes de Marzo de dos mil veinticuatro (2024). F.V Marzo 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R 2024 ENERO

E.R-1734270324

2024

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)

Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ALFONSO CRUZ ACOSTA

C.C 12.126.079

Aprobó el Curso

GESTION Y MANEJO DEL DUELO

Realizado los días 16 y 17 de Marzo de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los diecisiete (17) días del mes de Marzo de dos mil veinticuatro (2024). F.V Marzo 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R 2024 ENERO

E.R-1735270324

2024

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009, Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)

Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

ALFONSO CRUZ ACOSTA

C.C 12.126.079

Aprobó el Curso

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

Realizado los días 23 y 24 de Marzo de 2024 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los veinticuatro (24) días del mes de Marzo de dos mil veinticuatro (2024). F.V Marzo 2026

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R 2024 ENERO

E.R-1736270324

2024

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALFONSO CRUZ ACOSTA** identificado con **CC** No. **12126079**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E - NI. 809000383	**Fecha de inicio de cobertura:** 09/05/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 08/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 30/09/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501016165746.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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 miércoles 07 de mayo de 2025, a las 17:30:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	12126079
Código de Verificación	12126079250507173031

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

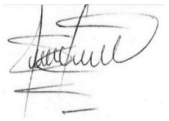
Generó: WEB

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALFONSO CRUZ ACOSTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12126079,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2016** 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 07 de mayo 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALFONSO CRUZ ACOSTA identificado(a) con CC 12126079 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**31/01/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA IBAGUE**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de octubre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE DOLORES TOLIMA

CERTIFICA:

Que el señor **ALFONSO CRUZ ACOSTA,** identificado con cédula de ciudadanía No. 12.126.079 de Neiva Huila, presta sus servicios al Hospital San Rafael E.S.E., como médico general en el área de urgencias, con contrato de prestación de servicios desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

La presente se expide a solicitud del interesado.

En constancia de lo anterior se firma en Dolores Tolima, a los siete (07) días del mes de mayo de 2025.

PLACIDO ALEXANDER PEREZ MARTINEZ
Profesional universitario

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 8416243f-32d4-408c-965b-f2f56399622f

Nombres y apellidos / Full name: **ALFONSO CRUZ ACOSTA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 2 1 2 6 0 7 9**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **14/08/1964**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3203062543**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Primera	27	2	2021		A2021010044	ALPUJARRA ESE HOSPITAL SAN ISIDRO	NORBERTO GONZALEZ RAMIREZ
Sin rango de edad	COVID SinoVac	Segunda	27	3	2021		E202102012	ALPUJARRA ESE HOSPITAL SAN ISIDRO	NORBERTO GONZALEZ RAMIREZ
Sin rango de edad	COVID MODERNA	Primer Refuerzo	19	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	940874	ALPUJARRA ESE HOSPITAL SAN ISIDRO	AURA CRISTINA TRUJILLO LOZANO
Sin rango de edad	COVID PFIZER	Segundo Refuerzo	13	5	2022	PFIZER	PCA0059	ALPUJARRA ESE HOSPITAL SAN ISIDRO	AURA CRISTINA TRUJILLO LOZANO
12 meses	Fiebre amarilla	Única	2	11	2024	Fabricante	23F0031	SUAREZ ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA	LUZ MERY CANDIA BOTACHE - CC1110263113 - Activo

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 270974265

PIB
17:29:32

Bogotá DC, 07 de mayo del 2025

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) ALFONSO CRUZ ACOSTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 12126079:

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 Politica 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 William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:32:40 PM horas del 07/05/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **12126079**

Apellidos y Nombres: **CRUZ ACOSTA ALFONSO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

662d5441-63f4-4cc4-8528-f68bac1f0ba1

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ALFONSO CRUZ ACOSTA

ha participado y aprobado el

Curso virtual sobre los fundamentos del cuidado paliativo

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 86,67 %

27 de abril de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=662d5441-63f4-4cc4-8528-f68bac1f0ba1

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
Cruz	Acosta	Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 12126079	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO 12126079 D.M. 42

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 08 AÑO 1964

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO NEIVA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4 4 54 TORREON BUENA VISTA DE LA POLA TORRE 4 APTO 401

PAÍS COLOMBIA DEPTO TOLIMA

MUNICIPIO IBAGUÉ

TELÉFONO EMAIL alfonsocruz14@yahoo.es

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	11	AÑO	1982
										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	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL	02	1999	
PREGRADO	10	X		MEDICINA	11	1992	359-4489

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
					CONDICIONES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
CENTRO DE EDUCACIÓN EN ADMINISTRACION DE SALUD - CEADS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	400	X		POST GRADO EN GERENCIA, PLANEACIÓN, ADMINISTRACION EN SALUD Y DESARROLLO SOCIAL	09	1995

4 IDIOMAS

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
INGLÉS	X			X			X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SUÁREZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6082883185	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCION* CARRERA 3 2 8					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN RAFAEL - DOLORES			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* DOLORES						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3175173293	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	01	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO URGENCIAS / HOSPITALARI	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA						*DIRECCIÓN* CARRERA 6 9 2					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANOS - SANTA ISABEL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SANTA ISABEL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3214575616	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 'MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL	*DEPENDENCIA* AREA DE URGENCIAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 3 7 42					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ISIDRO DE ALPUJARRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ALPUJARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2261172	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	*DEPENDENCIA* GERENTE - REPRESENTANTE LEGAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 - 5A 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8394547	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	12	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 2 N ° 6 -16					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ALPUJARRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212011134	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	06	*Año*	2015	*Día*	27	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE REPRESENTANTE LAGAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - GERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 N 5 A 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PETROWORKS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7051777	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2012	*Día*	02	*Mes*	04	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 72 N 6 30 Piso 17					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* RIVERA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8387410	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año*	2010	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR MEDICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 5 11 05 (692,10 km) Rivera (Huila)					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* COLOMBIA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8319547	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	07	*Año*	2010	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADOR MEDICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 33 N 7 68					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2005	*Día*	08	*Mes*	12	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBGERENTE ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA / ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 2 E 11 17 Avenida Libertadores Salida Neiv					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* ÍQUIRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124126161	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	04	*Año*	2003	*Día*	12	*Mes*	01	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE REPRESENTANTE LEGAL	*DEPENDENCIA* GERENCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 2 N 06 16					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ALPUJARRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212011134	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	09	*Año*	1994	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE / REPRESENTANTE LEGAL	*DEPENDENCIA* GERENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 N 5 A 43					

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 PRADO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* PRADO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	04	*Año*	1993	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	1994	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL MEDICO SSO	*DEPENDENCIA* MEDICO GENERAL S.O						*DIRECCIÓN* CALLE 13 3 A 78						

6 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*						

7 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	26	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Ibagué Tolima, 07/05/2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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