Tunja

Doctor:
**GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ**
Gerente.
E.S.E. Hospital universitario san Rafael de Tunja.

Ref. Propuesta Económica

Por medio de la presente expongo mi propuesta como profesional especializado como auditora en salud para el programa de adherencia guías de práctica clínica, en la E.S.E. Hospital universitario San Rafael de Tunja. Por un valor Mensual de CINCO MILLONES CIENTO OCHENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 5.180.967,00).

El desarrollo de las diferentes actividades y tareas encomendadas, estará enmarcado por el compromiso ético, moral y profesional de aportar y contribuir con el desarrollo y crecimiento de las Institución.

Cordialmente.

ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ
C.C. 79759025

| 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: | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS Y APOYO A LA AUDITORIA DEL CORECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA INSTITUCIONAL Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** | | |

| MODALIDAD DE VINCULACIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SERVIDOR PUBLICO | TRABAJADOR EN MISIÓN | CPS | | OTRO |
| | | X | | |

| REQUISITOS GENERALES DE HOJA DE VIDA | SI | NO | N.A | 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 | NA | | | Manifesta que no hay intereses en conflicto |
| 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:<br>1. Judiciales<br>2. Fiscales<br>3. Disciplinarios<br>4. Medidas correctivas<br>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). | | | | |
| Registro Unico 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). | | | | |
| 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 responsabilidad 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 Certificaciones Laborales las cuales deben cumplir los siguientes requisitos:<br>* Debe ser expedida en papel membreteado<br>* Debe registrar su nombre y número de identificación<br>* Debe describir el cargo desempeñado y funciones realizadas<br>* Debe especificar tiempo laborado o mínimo registrar fecha de<br>* Debe estar debidamente firmada<br>* Debe registrar nombre del jefe inmediato, teléfonos y dirección de<br>* 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 06/01/26 se puede evidenciar que **CUMPLE** con los requisitos de habilitacion. | |

**Revisó. Magda Constanza Hurtado Vargas**
Profesional Universitario T.H
**Verificó. Laidy Astrid Ruíz Parra**
Coordinadora de Actividades de Talento Humano
**Verificó. Lizeth Fernanda Cuervo Cruz**
Profesional Especializado de Salud y Seguridad en el Trabajo

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

| 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. 79759025 expedida en la ciudad de Bogota, 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 ( ) de de 2026.

**Firma**
**Nombre** ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ
**Cédula** 79759025

| 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 |

**INSTRUCTIVO**

Yo: NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA, de nacionalidad CONDICIÓN DEL CIUDADANO identificado(a) con MARCAR CON UNA X EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC___ CE____ No. _____ expedida en la ciudad de CIUDAD DE EXPEDICION DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION, 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. NUMERO DE CONTRATO, 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 NOMBRE CIUDAD, el día DIA EN LETRA (DIA EN NUMERO) de MES de 202(X ).

**Firma** FIRMA CONTRATISTA
**Nombre** NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
**Cédula** NUMERO DE IDENTIDAD

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 | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 79759025 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 13 MES 06 AÑO 1977 | CARRERA 1E 78 54 casa | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | BOYACÁ |
| DEPTO | BOGOTÁ. D.C. | MUNICIPIO | TUNJA | | |
| MUNICIPIO | BOGOTÁ. D.C. | 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 |

***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 | | ENFERMERIA SUPERIOR | 06 | 2006 | 14560 |
| PREGRADO | 8 | X | | | 06 | 2006 | 14560 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***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)

## 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* |
| | | | | | | | | | |

## 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*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6087405030 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2025 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUDITOR CALIDAD | *DEPENDENCIA*<br>ACALIDAD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 11 27 27 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 01 | *Año* | 2025 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUDITOR EN SALUD | *DEPENDENCIA*<br>CALIDAD EN SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 11 27 27 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 01 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUDITOR SALUD | *DEPENDENCIA*<br>CALIDAD EN SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 11 27 27 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>CHIQUINQUIRÁ | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3133939529 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 09 | *Año* 2023 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ASESOR Y AUDITOR MEDICO | *DEPENDENCIA*<br>AREA AUDITORIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 13 18 40 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>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*<br>AUDITORIA MEDICA DE CALIDAD | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRATIVA - CALIDAD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 11 27 27 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VENTAQUEMADA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>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*<br>ASESOR | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 5 2 35 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VENTAQUEMADA | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>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*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | *DIRECCIÓN*<br>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*<br>ALCALDIA DE VENTAQUEMADA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>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*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 3 17 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VENTAQUEMADA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>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*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 3 17 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VENTAQUEMADA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>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*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 3 17 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VENTAQUEMADA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>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*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 4 3 17 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE VENTAQUEMADA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>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*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>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*<br>GESTION Y SALUD | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7433205 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* 2016 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUDITOR | *DEPENDENCIA*<br>AREA AUDITORIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 1F 40 149 OFICINA 421 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>VISION INTEGRAL DE SALUD | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7409664 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 01 | *Año* 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA AUDITORIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 20 10 61 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CENTRO DE SALUD VENTAQUEMADA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>VENTAQUEMADA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7406002 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* 2012 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2014 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA AUDITORIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 5 2 35 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SOLSALUD EPS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7402023 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* 2012 | *Día* | 07 | *Mes* | 09 | *Año* | 2012 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>JEFE PYP/EPIDEMIOLOGIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE EPIDEMIOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 20 41 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SOLSALUD EPS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7402023 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 01 | *Año* 2010 | *Día* | 11 | *Mes* | 07 | *Año* | 2011 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>JEFE PYP/EPIDEMIOLOGIA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE EPIDEMIOLOGIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 9 20 41 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>PROMOVIENDO CTA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3681103 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2009 | *Día* | 25 | *Mes* | 01 | *Año* | 2010 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>JEFE PYP | *DEPENDENCIA*<br>ACCESO A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 22 9 27 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SOLUCIONES CNT | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOYACÁ | *MUNICIPIO*<br>TUNJA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>7446072 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2009 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2009 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>JEFE PYP | *DEPENDENCIA*<br>ACCESO A SERVICIOS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 12 18 33 | | | | | |

## 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 | 1 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 8 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 10 | 1 |
| 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 __ 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.

Pasto Enero 5/26

*Ciudad y fecha*

Laidy Astrid Perez Parra

*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 | 2025-12-22 14:26 |
|---|---|---|---|

| 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 | COLOMBIA | Departamento | BOYACÁ | Municipio | TUNJA |

| Lugar de domicilio | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| País | COLOMBIA | Departamento | BOYACÁ | Municipio | 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 | COLOMBIA | Departamento | BOYACÁ | Municipio | 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.

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $48.000.000,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $48.000.000,00 |

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 | $2.500.000,00 |

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 | $40.000.000,00 |

## 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 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

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 |
|---|---|---|
| 1º DIC | 3º DIC | 3º DIC |
| 2008 | 2018 | 2028 |

PROFESION BACHILLER

FECHA DE EXP: 10-JUL-2006

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 jueves 11 de diciembre de 2025, a las 14:40:30, 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 | 79759025251211144030 |

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

Policía Nacional de Colombia

(https://www.p

(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, 11/12/2025 02:46:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79759825** y Nombre: **ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ.**

## 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. **129785542** . 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

515 9000

Dios y Patria

**Policía Nacional de Colombia**
Dirección General Cra. 59 N. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN. Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000 910112

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

GOV.CO

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 02:48:00 PM horas del 11/12/2025, 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

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 286007113

PIB
15:46:03


Bogotá DC, 11 de diciembre 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) 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 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.**

# 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 79759025 **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 11/12/2025 02:51 PM

Código Verificación: **8XC2HADYQR**

Válida hasta: **11/03/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

| E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | 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 79.759.025, en calidad de, representante y/o tutor legal 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 15 de Dic. de 20 25

Firma: _____

Nombre: ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

Cédula: 79759025

DIAN

# 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 | |
|---|---|---|---|
| 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 | |

35. 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Fecha generación documento PDF: 11-12-2025 02:56:47PM

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 22 de diciembre 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.

E.P.S. Sanitas

Sanitas

## 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 RETIRO 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 22/12/2025

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

Colpensiones

GOBIERNO DE COLOMBIA

**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 07 de diciembre de 2023.

**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.

## 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 79.759.025, 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 15 de DIC. de 2025.

Firma _____

Nombre __ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ_____

Cédula ____79729025_____

POSITIVA

CER_AFI_2025005701198

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ identificado con CC. 79759025 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

| | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 891800231 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2025/07/01 | **Fecha inicio contrato** | 2025/09/25 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/06/30 |
| **Riesgo** | 2 | **Código actividad económica** | 2016101 - Actividades de apoyo a la agricultura, incluye al almacenamiento y deposito de cafe. |
| **Estado afiliación** | Activa | | |
| **Fecha retiro** | 2026/06/30 | **Estado del contrato** | Activa |

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26122025A79759025R1986488.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

**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 dia(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: 784fcdb3-3350-4ec2-adf0-206f5e6bdc3d

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 | Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación (Date of vaccination) | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Dia | Mes | Año | | | | |
| 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 que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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 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)

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

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

**DOCTOR HOUSE H.S.E I.P.S S.A.S**
**NIT 900.593.507-0**
Cra.10 No 27-04 Barrio Maldonado - Tunja
Cel. 3187125458 - 3208578054
semesisodos@gmail.com - semesiso2013@gmai.com
www.doctorhouseips.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 58.168**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 23 DÍA | 12 MES | 2025 AÑO | TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL PRE-INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULAR | PARTICULARES |

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER | MASCULINO | 48 AÑOS 6 MESES 10 DÍAS | CC (Tipo) | 79759025 (Número) |

Cargo: **AUDITOR**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SANITAS | COLPENSIONES | POSITIVA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **CUMPLE CRITERIOS OCUPACIONALES**

Observaciones: *NO APLICA*

N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL PRE-INGRESO | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

**Firma:**

**Nombre:** CC: 6770148 - CARLOS ALBERTO PEREZ

**R. M.:** 79/97 **L.S.O.:** 1381

**Código de Seguridad**
**K641Q1W58168**

**Aspirante o Trabajador**



**Firma:**

**Nombre:** RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER

**CC:** 79759025

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

# La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

Creada mediante Decreto 2655 de 1953 y Ley 7ª de 1962

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 Titulo profesional de:

## ENFERMERO

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 Ruiz

Registro Interno No. 395-109-11-12-2009

Libro 87 Folio 50

# 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.

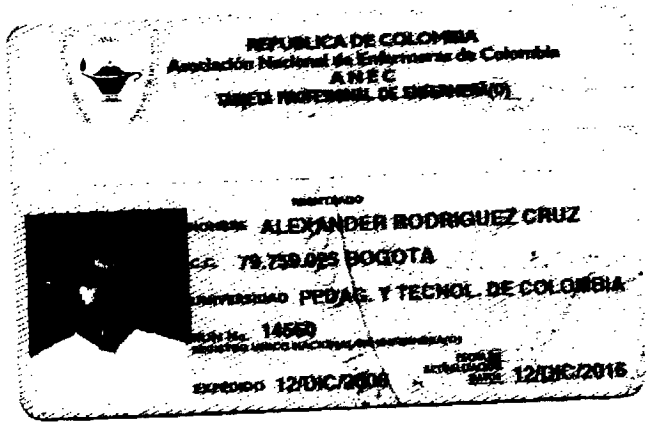
El graduando emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a ejercer la profesión con responsabilidad y honradez, de conformidad con la Constitución, las leyes de la República de Colombia, poner todo empeño en el desarrollo del País y de sus instituciones, brindar generoso apoyo a los programas 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
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA(O)

ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ
C.C. 79.759.095 BOGOTA
PEDAG. Y TECNOL. DE COLOMBIA
14560
EXPEDIDO 12/DIC/2008
12/DIC/2018

**MARIO AMAYA**
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE VIOTA

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.

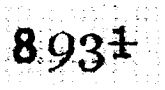
Tipo de Identificación * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 79759025

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

7088

**Resultado General -2025-12-22→10:12:12 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:**

**2025-12-22→10:12:12 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).**

# ICARO APH SAS

**NIT: 900594014-6**

**Res. 0142 – 18 de Enero de 2024**

**CERTIFICA QUE**

## *ALEXANDER RODRÍGUEZ CRUZ*

Identificación C.C *No 79.759.025*

Aprobó satisfactoriamente todos los objetivos del

***CURSO ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO***

Intensidad horaria: 40 horas

***CRISTIAN FERNEY HEREDIA ALBA***
CEO ICARO APH SAS
MEDICO ESP SALUD OCUPACIONAL
REG MED: 15367/2013
RES. S.O. 1958 del 11/9/15

*Realizado en el mes de Septiembre del 2025*

*Registrado en Libro No: 002* *Folio No: 028* *Bajo el No: AVISE-005* *Valido hasta: 09/2027*

# CURSO ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

**CONTENIDO MÍNIMO DEL CURSO**

**Apartado 1:** PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL.
**Apartado 2:** MITOS O FALSAS CREENCIAS ACERCA DEL ABUSO SEXUAL.
**Apartado 3:** SIGNOS, SINTOMAS Y FACTORES DE RIESGO QUE ALERTAN SOSPECHAS DE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL.
**Apartado 4:** CARACTERISTICAS INTERPERSONALES REQUERIDAS EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE REALIZA LA ATENCION INICIAL DE LA URGENCIA MEDICA POR VIOLENCIA SEXUAL.
**Apartado 5:** PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS.
**Apartado 6:** CADENA DE CUSTODIA.
**Apartado 7:** EMBALAJE.
**Apartado 8:** RUTA DE DENUNCIA.


Icaro.aph@Facebook.com.

Icaroaphsas@gmail.com

Cel.: 3164666954

C.C Plaza Real Oficina 240 Tunja




**EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA**

**NIT 891800231-0**

**CERTIFICA:**

Que una vez revisados los archivos de la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** con **NIT. 891.800.231-0** y de acuerdo a la información suministrada por la oficina de contratación y el archivo de gestión documental, se evidencia que el doctor **ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ,** identificado con cedula de ciudadanía **No 79.759.025,** suscribió con la **E.S.E** los siguientes Contratos de Prestación de Servicios Profesionales:

1) Contrato No. 255 de 2024, cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA AUDITORÍA DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **ONCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($11.352.500),** con vigencia del **15 DE ENERO DE 2024 HASTA EL 31 DE MARZO DE 2024,** con una adición por **CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($ 4.541.000),** prorrogado hasta el **30 DE ABRIL DE 2024.**

2) Contrato No. 417 de 2024, cuyo objeto es **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,** por un valor de **VEINTIOCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($28.880.820),** con vigencia del **01 DE MAYO DE 2024 HASTA EL 31 DEOCTUBRE DE 2024,** con una adición por **NUEVE MILLONES SEISCIENTOS VEINTISÉIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 9.626.940),** prorrogado hasta el **31 DE DICIEMBRE DE 2024.**

3) Contrato No. 268 de 2025, cuyo objeto es **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,** por un valor de **VEINTISIETE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHO PESOS M/CTE ($27.433.508),** con vigencia del **20 DE ENERO DE 2025 HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025,** con una adición por **TRECE MILLONES SETECIÉNTOS DIECISÉIS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($13.716.754),** prorrogado hasta el **23 DE SEPTIEMBRE DE 2025** y con las siguientes obligaciones especificas:

**1.** Realizar apoyo a la actualización, revisión e implementación del PROGRAMA INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA cuando aplique.
**2.** Realizar actualización de matriz de priorización de guías de práctica clínica según perfil epidemiológico, formatos de adherencia a historia clínica y demás formatos descritos en PROGRAMA INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA con el



Powered by CamScanner

objetivo de establecer guías a implementar y posterior realización de evaluación de adherencia cuando aplique.
**3.** Realizar auditoría de HISTORIA CLÍNICA Y ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA de acuerdo al PROGRAMA INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. Realizar planes de mejoramiento si aplica cuando aplique.
**4.** Realizar la auditoria de historias clínicas y adherencia a guías, protocolos y manuales de los servicios de enfermería y teraplas de la Institución.
**5.** Revisión y/ auditoría a Documentación institucional relacionado con Procesos Prioritarios de la Resolución 3100 de 2019; gestionar actualización y planes de mejora si aplica. Tener en cuenta estructura documental frente a la norma fundamental, de acuerdo al tipo de documento priorizando los ítems de evaluación, aspectos legales y socialización, con el sistema de información de la calidad; cumplimiento del ciclo documental en el Software institucional en los términos establecidos.
**6.** Formular y ejecutar un plan de inducción, reinducción, orientación, capacitación metodológica, frente a la funcionabilidad del Módulo de documentos y su ciclo documental del software institucional modulo DOCUMENTOS.
**7.** Asistir a comités institucionales como invitados en temas relacionados con el objeto del contrato.
**8.** Realizar y validar el consolidado de información de acuerdo a tablas de Retención Documental vigentes y realizar la respectiva transferencia documental al archivo general.
**9.** Atender las auditorías internas y/o externas si es requerido y apoyar en el cumplimiento de requerimientos y planes de mejora que se suscriban con entes externos relacionados con estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019; en los ítems de Procesos Prioritarios, auditoria de historia clínica y adherencia a guías de práctica clínica.
**10.** Apoyar en la implementación del PETI, ISO 9001, ISO 14001, ISO 45000, así como en la implementación de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.
**11.** Asistir mensualmente a la reunión programada por la coordinación del área de calidad donde se deben presentar los avances en las actividades propuestas para el mes y las metas para el mes siguiente.

**4)** Contrato No. 555 de 2025, (en ejecución) cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS Y APOYO A LA AUDITORIA DEL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA INSTITUCIONAL Y GUIAS DE PRACTICA CLINICA PARA LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **DIECISÉIS MILLONES TREINTA MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE ($16.030.423),** con vigencia del **24 DE SEPTIEMBRE DE 2025 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025** y con las siguientes obligaciones especificas:

**1).** Realizar revisión y auditoría a Documentación institucional relacionada con Procesos Prioritarios de la Resolución 3100 de 2019 y demás documentos institucionales requeridos por los componentes SOGC, procesos y normatividad vigente; gestionando la actualización y planes de mejora si aplica. Tener en cuenta estructura documental frente a la norma fundamental, de acuerdo con el tipo de documento priorizando los ítems de evaluación, aspectos legales y socialización, con el sistema de información de la calidad; cumplimiento del ciclo documental en el Sistema de gestión integral en los términos establecidos.
**2).** Realizar mesas de trabajo, planes de mejoramiento si aplica para la gestión.
**3).** Realizar auditoría de HISTORIA CLÍNICA Y ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA de acuerdo al PROGRAMA INSTITUCIONAL DE IMPLEMENTACIÓN Y ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. Realizar planes de mejoramiento si aplica.



Powered by CamScanner

**4).** Realizar la auditoria de historias clínicas y adherencia a guías, protocolos y manuales de los servicios de la institución.

**5).** Presentación de cronograma de trabajo en formato de cronograma de trabajo semana/diario CA-F-155, donde se dejen registradas la auditoría documental, asesorías de norma fundamental y utilización de sistema de gestión integral que se realizarán en los servicios asignados por el referente; previo aval de la coordinación de calidad.
**6).** Diligenciamiento del Formato de auditoría de documentos, procesos y procedimientos CA-F-145 y acta y compromisos en sistema de información donde se evidencie la gestión realizada en los servicios.
**7).** Seguimiento a cumplimiento de compromisos generados en las auditorías realizadas en el mes; verificando cargue de evidencias en el sistema de gestión integral.
**8).** Formular y ejecutar un plan de inducción, reinducción, orientación, capacitación metodológica, frente a la funcionabilidad del Módulo de documentos y su ciclo documental del software institucional modulo DOCUMENTOS.
**9).** Participar de todos los espacios institucionales e interinstitucionales a los que sea convocado cumpliendo los roles, responsabilidades y entregables que le sean asignados. Entregable: acta de comité, informes, evidencias de asistencia.
**10).** Realizar y validar el consolidado de información de acuerdo a tablas de Retención Documental vigentes y realizar la respectiva transferencia documental al archivo general.
**11).** Apoyar las auditorías internas y/o externas si es requerido y apoyar en el cumplimiento de requerimientos y planes de mejora que se suscriban con entes externos relacionados con estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019; en los ítems de Procesos Prioritarios, auditoria de historia clínica y adherencia a guías de práctica clínica.
**12)** Realizar apoyo al referente de la preparación, alistamiento, implementación, atención de visitas, apoyo contractual, monitoreo, mejoras de la norma ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad, ISO 14001:2015 Sistema de Gestión Ambiental, ISO 45001:2018 Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo, ACREDITACIÓN, Mejoramiento Continuo, Sistema de gestión integral y demás actividades en las que sea requeridas y tengan relación con el objeto contractual.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y la información contenida es la registrada en los documentos contractuales.

La presente se expide a los nueve (09) días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025).

**VICTOR MANUEL SANCHEZ VARGAS**
Subgerente Administrativo y Financiero

**Revisó:** Yanyd Cecilia Pinilla Pinilla (Coordinadora área de contratación)
**Proyectó:** Yuli Ropero (Tecnólogo Administrativo Contratación).



Powered by CamScanner

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

Solsalud

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 mío 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 éxitos en sus proyectos personales.

Atentamente,

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

ELABORO: Nohora Ramirez; Técnico Administrativo Gestión Humana

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

**CERTIFICA QUE:**

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

Que las labores realizadas durante este tiempo fueron atencion en consulta externa, hospitalización, urgencias y actividades de Promoción y Prevención.

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

Cordialmente,

**CLAUDIA BIBIANA PEÑA MORENO**
**Gerente**

Ventaquemada, Cra 5 No. 2-35 Tel: 7 36 6002 Fax: 7 36 6002 ext. 14

Nit 820002248-3

*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 Bogotá, 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 facturación 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, conciliación de las mismas, desarrollo del proceso de cartera gestionando entre otros el recaudo de esta y acompañamiento y asesoría en la contratación de la venta de servicios de salud hasta la liquidación de los respectivos contratos desde el 01 de febrero del año 2012 al 31 de diciembre de 2014, mediante contratos de prestación 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***

eseventaquemada08@gmail.com

# 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 auditoría 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

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**

Calle 20 No. 10-36 Of. 206 Edificio Heraclio - Tunja / Boyacá - Telefax: 743 37 55 - 744 9977 email: cooperativaciss@gmail.com

45 Años COMFAMILIAR
Construye Bienestar

**LA SUSCRITA COORDINADORA DEL AREA**

**DE TALENTO HUMANO**

**HACE CONSTAR**

El (la) señor(a), RODRIGUEZ CRUZ ALEXANDER . identificado(a) con la cedula de ciudadanía número 79759025.0 labora en nuestra empresa mediante contrato de trabajo TERMINO FIJO desde el dia 12 de Julio del 2011, desempeñando el cargo COORDINADOR PROMOCION Y PREVENCION devengando una asignacion salarial de $ 2.057.900.

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

Cordialmente,

**CLAUDIA ROCIO SALOMON ARIZA**

*TUNJA, 18 de Abril de 2012*

Señores
**TALENTO HUMANO**
COMFAMILIAR EPS-S
Neiva (Huila)

Asunto: Carta de Renuncia al Cargo como Coordinador de PyP Boyaca.-

Cordial Saludo,

Por medio de la presente me permito presentar mi carta de renuncia al cargo como Coordinador de Promoción y Prevención de la Departamental Boyaca a partir del 30 de Abril de 2012. Agradezco la oportunidad brindada y crecimiento personal durante todo este tiempo de labores.

Agradezco la colaboración.

Atentamente,

***ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ***
*C.C 79.759.025*

icontec
internacional

# certifica que:

*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
- Análisis e Investigación de Eventos Adversos e Incidentes
- Ergonomía 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:

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 RONDÓN 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 TOMAS
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

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

San Rafa
Alma, vida y corazón.

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Seguridad y Privacidad de la Información

*Se firma el presente en Tunja el, 17 de julio de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

*Inducción General E.S.E Hospital San Rafael de Tunja:* Norma ISO 9001:15

*Se firma el presente en Tunja el, 18 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Generalidades de Acreditación y Los Ejes de la Acreditación en Salud

*Se firma el presente en Tunja el, 18 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Conflicto de Intereses

*Se firma el presente en Tunja el, 19 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Capacitación Mesa de Servicios GLPI

*Se firma el presente en Tunja el, 19 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia con Enfoque Integral

*Se firma el presente en Tunja el, 18 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Inducción General E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

- Norma ISO 9001:2015 - Código de Integridad - Control Interno

*Se firma el presente en Tunja el, 18 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Programa Madre Canguro

*Se firma el presente en Tunja el, 18 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Manejo de Gases Medicinales y Buenas Practicas de Manufactura en Aire Medicinal

*Se firma el presente en Tunja el, 19 de diciembre de 2025*

**LAIDY ASTRID RUIZ PARRA**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja

EN EL SAN RAFA TRABAJAMOS CON EL ALMA

# La E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

***Hace Constar que:***

## *ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ*

***Identificado (a) con número de documento:***

***79759025***

*Participó en el Curso Virtual:*

Madre Canguro Modulo 0

*Se firma el presente en Tunja el, 18 de diciembre de 2025*

**CANDY SAMANTA RODRIGUEZ CASTILLO**

*Coordinadora de Actividades de Talento Humano*

HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja | San Rafa Alma, vida y corazón.

# CERTIFICADO DE CULMINACIÓN

Por medio del presente documento se hace constar que:

**ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ**

**Identificado (a) con número de documento: 79759025**

Ha culminado satisfactoriamente el curso: **Colaboradores Competentes para SUMERCE**

Con una intensidad horaria de veinte (20) horas, habiendo cumplido con todos los requisitos académicos establecidos y demostrando las competencias necesarias para su aplicación en el entorno laboral.

Este certificado se expide como reconocimiento al compromiso, dedicación y participación activa durante el desarrollo del programa de formación.

Fecha de expedición: jueves, 18 de diciembre de 2025

LAIDY ASTRID RUIZ PARRA
**Coordinadora de Gestión del Talento humano**

**Fecha**_____ **Ciudad Tunja** **Departamento Boyacá**

La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 202117000000055 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 [ ] EXTRANJERA [ ] PUBLICA [X] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ALEXANDER RODRIGUEZ CRUZ

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. X | C.E. | T. I

FECHA DE EXPEDICIÓN: 08/08/2025

NUMERO DE IDENTIFICACION: 79759025

LUGAR DE EXPEDIDA: BOGOTA DC

FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/77

LUGAR DE NACIMIENTO: BOGOTA DC

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 13 #13-40

NUMERO DE TELEFONO: 3133939529

NUMERO DE CELULAR: 3133939529

E-MAIL: ARC2255@HOTMAIL.COM

**DETALLE DE LA ACTIVIDAD**

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

ACTIVIDAD "CIIU" 8692 ***Opcional**

| OCUPACIÓN / PROFESIÓN | NOMBRE DE LA EMPRESA | CARGO QUE DESEMPEÑA |
|---|---|---|
| ENFERMERO | HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL | APOYO PROCESOS PRIORITARIOS |
| | | |

| DIRECCIÓN EMPRESA | CIUDAD | NUMERO TELEFONO | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| AV COLON 27-11 | TUNJA | 7447030 | GERENCIA@HOSPITALSANRAFAELDETUNJA.GOV.CO |

## 2. PERSONA JURIDICA
**(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)**

RAZON SOCIAL: _____ NIT: _____

| DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL | CIUDAD | NUEMERO 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

| DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA | CIUDAD | NUMERO TELÉFONO | FAX |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DE EMPRESA PUBLICA [ ] 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 | $ 15.000.000 | TOTAL, PASIVOS | $ 8.000.0000 |
| INGRESOS MENSUALES | $ 4.963.000 | OTROS INGRESOS | $ 0 |
| EGRESOS MENSUALES | $ 2.500.000 | OTROS EGRESOS | $ 0 |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS | HONORARIOS | | |

**5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

*** Campo Obligatorio**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [X]

**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** [X]

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL? **SI** [ ] **NO** [X]

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? **SI** [ ] **NO** [X]

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

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES? SI [ ] NO [X]

¿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
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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 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:**

Alexander Rodriguez Cruz

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE**

C.C. No 7175902S

**HUELLA INDICE DERECHO**

Sandra Liliana Ojeda Pomeo

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA** 40043714


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

Powered by CamScanner

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<br>561-Related<br>BALKANS<br>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: 1/2/2026 11:39:32 AM
Non-SDN List last updated on: 12/18/2025 10:02:05 AM

UN Logo

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:**