



República de Colombia

# Universidad Simón Bolívar

Resolución No. 5424 del 23 de noviembre de 2005 del Ministerio de Educación Nacional

Personería Jurídica Resolución No. 1318 de noviembre 15 de 1972

Confiere el título de

## Administradora de Empresas

Programa Acreditado de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional

Resolución 2287 del 8 de febrero de 2016

A

MARIA ALEJANDRA RUA MUÑOZ

Documento de identificación C.C.No. 1.047.363.021

y en testimonio se expide el presente Diploma en Barranquilla, a los 16 días del mes de Junio de 2022 y lo refrenda con las firmas de rigor.

Rector

Secretaria General

Decano

Registrado en el Folio No. 03 del Libro de Diplomas 85

Secretaria General de la Universidad

41085



## **ACTA DE GRADO AG-117-123**

*En Barranquilla, Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de junio del año 2022, se efectuó la ceremonia de graduación de:*

**RUA MUÑOZ MARIA ALEJANDRA**  
*Documento de identificación N° 1047363021*

*Quien ha cumplido los requisitos legales y académicos establecidos para recibir el título.*

*La ceremonia de grado fue presidida por el Sr. Rector, doctor José Consuegra Bolívar, en asocio del Decano de la Facultad y actuó como Secretaria General la Ingeniera Rosario García González.*

*Habiéndose tomado el juramento de rigor por parte del Sr. Rector, se le hizo entrega del diploma correspondiente identificado con el número 41085, que le acredita como:*

### **ADMINISTRADORA DE EMPRESAS**

*Para constancia se extiende y firma la presente acta.*

*Firmado: Doctor José Consuegra Bolívar, Rector; Ronald Antonio Prieto Pulido, Decano de la Facultad de Administración y Negocios, y Rosario García González, Secretaria General.*

*Es fiel copia tomada del acta original de la ceremonia de grados AG-117, en lo pertinente. Registrado en el folio No.03, del libro de diplomas No.85, de la Secretaría General de la Universidad.*

*Dado en la Universidad Simón Bolívar, a los dieciséis (16) días del mes de junio de 2022.*

**ROSARIO GARCÍA GONZÁLEZ**  
*Secretaria General*

*Barranquilla, junio 16 de 2022.*





CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA ALEJANDRA RUA MUÑOZ identificado(a) con CC 1047363021 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	12/04/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO SAN JUAN EU-SANTO TOMAS
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes de enero del año 2024.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RUA MUÑOZ MARIA ALEJANDRA** identificado(a) con **CC** número **1.047.363.021** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 25 de enero de 2023 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de enero de 2024.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2024010209153



MD ESP. SST

Tu salud y Bienestar, de la mano con nosotros

FECHA	Marzo 15 del 2023
-------	-------------------

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE / COLABORADOR

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	Maria Alejandra Rua Muñoz								
<b>N° DE IDENTIFICACIÓN</b>	1047363021								
<b>EDAD</b>	23 AÑOS								
<b>EMPRESA: PARTICULAR</b>									
INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>	EGRESO	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>

### PRUEBAS REALIZADAS:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

### CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: CONTRATISTA APTO CON RECOMENDACIONES

### RECOMENDACIONES GENERALES

Continuar con medidas de bioseguridad frente al covid 19, mantener distanciamiento social y uso de tapabocas por vulnerabilidad respiratoria.  
Continuar actividad física.  
Continuar manejo específico por EPS.  
Revisión optometría anual.

Dr. María M. Coba Monsalvo  
Médico Ocupacional - Universidad Libre  
R.M. 7386 LC 30 7417

**María M Coba Monsalvo**  
**Med. Especialista en SST**  
**Lic SO: 7417.**

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

**MARIA COBA MONSALVO, MEDICO  
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD  
EN EL TRABAJO**

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN  
DE DATOS PERSONALES**

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** de lo siguiente:

1.La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en la Contratación por OPS.

3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la alcaldía.

6. Mediante la página web de la entidad (<https://maternoinfantil.gov.co>), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.

7. La **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**.

9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Soledad, el 01 de Febrero de 2025

Firma: 

Nombre: María Alejandra Rúa Muñoz

Identificación: 1.047.363.021 de Santo Tomás/Atl.



FECHA Febrero 13 de 2025

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE / COLABORADOR**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	Maria Alejandra Rua Muñoz								
<b>Nº DE IDENTIFICACIÓN</b>	1.047.363.021								
<b>EDAD</b>	25 AÑOS								
<b>EMPRESA: PARTICULAR</b>									
INGRESO	<input checked="" type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/>	REINTEGRO	<input type="checkbox"/>	EGRESO	<input type="checkbox"/>	OTRO:	<input type="checkbox"/>

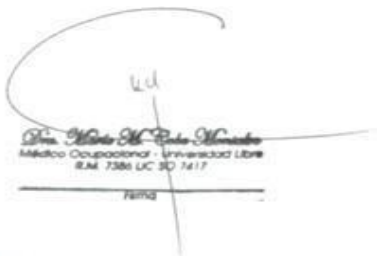
**PRUEBAS REALIZADAS:**

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

**CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: CONTRATISTA  
APTO CON RECOMENDACIONES**

**RECOMENDACIONES GENERALES**

Continuar con medidas de bioseguridad frente al covid 19, mantener distanciamiento social y uso de tapabocas por vulnerabilidad respiratoria.  
Continuar actividad física.



Dr. María M. Coba Monsalvo  
Médico Ocupacional - Universidad Libre  
R.M. 7386 LC 30 7417

**María M Coba Monsalvo**  
**Med. Especialista en SST**  
**Lic SO: 7417.**

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL

**MARIA COBA MONSALVO, MEDICO  
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD  
EN EL TRABAJO**



## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito(a), **MARIA ALEJANDRA RUA MUÑOZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número, NO. **1.047.363.021** expedida en **SANTO TOMÁS /ATLANTICO**. actuando en nombre propio, manifiesto que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades públicas, de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1,2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas.

Que no me encuentro reportado en el Boletín de Responsables Fiscales de la Contraloría General de la República, antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación y antecedentes expedido por parte de la Policía Nacional de Colombia, de conformidad con las certificaciones adjuntas.

Declaro que no soy cónyuge, compañero o compañera permanente, y que tampoco tengo vínculo de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con ninguno de los servidores públicos de los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o con persona que ejerza el control interno o fiscal de la actual administración del Municipio de Soledad.

Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que ello acarrea, tanto penales, como disciplinarias y fiscales.

Igualmente, manifiesto saber el contenido del artículo 442 del Código Penal, Artículo modificado por el artículo 8 de la Ley 890 de 2004. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.

Me permito suscribir el presente documento en mi calidad de contratista en la E.S.E

Soledad, 01 de Febrero de 2025

Firma: *Maria Rúa Muñoz*

**C.C 1.047.363.021**

Nombre: **María Alejandra Rúa Muñoz**

