FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Rojas	Casas	Jadna Sharith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1110180398	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 03 MES 11 AÑO 1999	CALLE 11A 1 18			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	TOLIMA
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO	ORTEGA		
MUNICIPIO	ORTEGA	TELÉFONO		EMAIL	jsharithrojas@gmail.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	11	AÑO	2015
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	10	2021	181151

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 COPERATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3158608717	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	24	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	23	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBADMINISTRADORA SUPERMERCADO	*DEPENDENCIA* ADMISNISTRACION GENERAL					*DIRECCIÓN* Calle 8 # 9-18 Centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SUPER PUNTO OLINE			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3208397042	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR CONTABLE	*DEPENDENCIA* 2011 ADMINISTRATIVO RECEPTIVOS					*DIRECCIÓN* Carrera 2 # 14-36					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ORTEGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124572856	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 017 DE 2009 COORDINADORA	*DEPENDENCIA* AREA DE SERVICIO SOCIAL						*DIRECCIÓN* Calle 6 N° 5 - 30, Barrio Centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ORTEGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124572856	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	05	*Mes*	03	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ALCALDIA MUNICIPAL - PLANEACION						*DIRECCIÓN* Calle 6 N° 5 - 30, Barrio Centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE ORTEGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 312457285	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL >SUPERVISOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* Calle 6 N° 5 - 30					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION JOVENES CON LIDERAZGO ONG			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* ORTEGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3132091493	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	05	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADORA -TESORERA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA (TESORERIA)						*DIRECCIÓN* CRA 4 N° 4-20 BARRIO JUAN XXII ORTEGA TOLIMA					

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*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

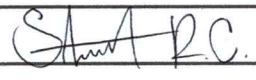
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Datos

Actualizaciones realizadas

sharith rojas

COLOMBIA, Ortega

0 recomendación (es)

Número de documento: 1110180398

Ver perfil | Existencia y Representación | RUP

Proponentes plurales a los que pertenece

Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

Nombre de la Entidad: Jadna sharith rojas
Nombre abreviado: sharith rojas
Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía
Número de documento: 1110180398
Tipo Entidad Estatal / Proveedor: Persona Natural colombiana
País: COLOMBIA
Ubicación: CO-TOL-73504 - Ortega Departamento: Tolima Municipio: Ortega

*Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

Nombre y apellido: JADNA SHARITH ROJAS CASAS
Identificación: 1110180398
Nacionalidad: COLOMBIANA
Domicilio: DDDD
Tipo documento: Cédula de Ciudadanía
Género: Mujer
¿Tiene alguna discapacidad? Si No

Información General

MiPyme: No
Régimen tributario: Persona natural
Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres: Si No
¿Pertenencia a un grupo étnico?: No
Condiciones especiales: No Aplica

Contactos

Dirección: 0000
Código postal:
Correo electrónico de la oficina: jsharihrojas@gmacil.com
Teléfono de oficina: 000000000
Fax de oficina:
Página web:
Correo electrónico para notificaciones SECOP II: jsharithrojas@gmail.com
Enlace de Facebook:
Enlace a LinkedIn:
Enlace de YouTube:
Enlace a Twitter:

Documentos relacionados

Indicadores de negocio

Clasificación: Cómo mejorar su clasificación

Recomendaciones **0**

Visitas al perfil: **0**

Últimas ofertas enviadas: Sin datos
Última selección Sin datos
Última actualización: 09/10/2026 8:46 a.m.

Datos del perfil **5%** Cómo incluir más datos

Recomendaciones principales

No hay recomendaciones

Últimas noticias

No hay noticias

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa "John F. Kennedy"

Ortega – Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima,
Según Resolución N°. 6437 del 05 de octubre de 2015
Registro Dane: 173504000330

Confiere a:

Jadna Sharith Rojas Casas

Identificado (a) con T.I. 991103-13272 de Ortega - Tolima

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, Según planes y programas vigentes

Acta General de Graduación N° 012 del 04 de Diciembre de 2015
Folio N° 015

Yenis Alonso Anavitarte Manrique
Rector

Doralyz Castellanos Monroy
Secretaria

Dado en Ortega Tolima, a los 04 días del mes de Diciembre de 2015

No Requiere registro de la Secretaría de Educación y Cultura Departamental
Según Decreto: 921 de Mayo 6 de 1994 de la Presidencia de la República

Institución Educativa John F. Kennedy

Ortega – Tolima

Acta Individual de Graduación

En Ortega Tolima a los 04 días del mes de diciembre de 2015, se reunieron el rector y la secretaria en la oficina de la rectoría de la Institución, para dar cumplimiento a los artículos 88 de la ley 115 de 1994 que determina que el título de Bachiller se otorga a quienes hayan recibido una formación por niveles y grados y acumulados los saberes definidos en el proyecto Educativo Institucional, dicho reconocimiento se hará constar en un Diploma y su otorgamiento es de competencia de los Rectores de las Instituciones Educativas en concordancia con el artículo 32 de la misma ley que regule la Educación Media Académica que prepara a los estudiantes para el desempeño laboral en uno de los sectores de la producción y de los servicios y para la continuación en la Educación Superior. En virtud a lo anteriormente expuesto se formalizó la graduación de los Educandos del último grado de la Educación Media Académica autorizado por la secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, mediante resolución 6437 del 05 de octubre de 2015. Para otorgar el Título de Bachiller Académico, al estudiante que cursó y aprobó los estudios correspondientes al grado undécimo de la Educación Media Académica:

El Título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyo Nombres, Apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Jadna Sharith Rojas Casas

T.I. 991103-13272 Expedida en Ortega - Tolima

Acta General de Graduación No. 012 Folio No. 015 del 04 de diciembre de 2015

Dada en Ortega Tolima a los 04 días del mes de Diciembre de 2015

Yenis Alonso Anavitarte Manrique
Rector

Doralyz Castellanos Monroy
Secretaria

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Jadna Sharith Rojas Casas

CC No. 1.110.180.398

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Administradora de Empresas

Código SNIES: 91237

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Rector UVD

Secretario General

Personería Jurídica otorgada por Resolución No. 10345 del 1 de Agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional.

República de Colombia

Folio 847 del Libro de Registro No. 011
Ibagué, 8 de Octubre de 2021
No. DP 011159847156609

La Fundación Jóvenes Con Liderazgo ONG

NIT. 900603560-6

Certifica:

Que, JADNA SHARITH ROJAS CASAS con documento de identidad N. 1.110.180.398 de Ortega Tolima, Laboro con nosotros ejerciendo el cargo de Tesorera de nuestra organización, cuyo trabajo resaltamos por su entrega y Compromiso, con un contrato bajo la modalidad de prestación de servicios. Esta Labor la desempeño, desde el 29 de Mayo de 2017 hasta el 15 de Junio del 2018.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los quince días (15) Días del Mes de Junio de 2018, a solicitud de la Interesada.

Jhon James Ducuara Gómez
Director Ejecutivo ONG-JCL.

Organización No Gubernamental sin ánimo de lucro
Dirección Cra 4 N° 4-20 Barrio Juan XXII, Municipio de Ortega, Departamento del Tolima.
Telefono:3192495622
Correo: fundacionjovenesconliderazgo@gmail.com
jamesdg10@gmail.com

"Trabajamos por un Mañana Mejor."

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
ALCALDIA MUNICIPAL
ORTEGA TOLIMA
Nit. 890.700.942-

¡Por un ORTEGA Diferente y Eficiente!

EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE ORTEGA TOLIMA

HACE CONSTAR

Que revisada la Hoja de Vida que reposa en este Despacho de la señorita **JADNA SHARIT ROJAS CASAS**, identificada con la cedula de ciudadanía No 1.110.180.398 expedida en el Guamo Tolima, desempeño el cargo de **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**, adscrita a la Secretaria de Planeación Municipal, mientras su titular disfruta de sus vacaciones, por el periodo comprendido del 13 de febrero al 5 de marzo del 2019, según Resolución No 088 de 2019.

Lo anterior a petición personal por la interesada.

Dado en el despacho de la Secretaria General y de Gobierno Municipal de Ortega, Tolima, a los seis (6) días del mes de marzo del año 2019

ANCIZAR JESUS ALVIS VEGA
Sec-General y de Gobierno Mpal

Elaboro: **Jaime Tafur Guzmán**

www.ortega-tolima.gov.co

Teléfono: (8) 2258106 / 2258085 - Fax: (8) 2258106
despachoalcalde@Ortega-tolima.gov.co
Alcaldía Municipal
Código Postal: 735501

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
ALCALDIA MUNICIPAL
ORTEGA TOLIMA
Nit. 890.700.942-

¡Por un ORTEGA Diferente y Eficiente!

EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE ORTEGA TOLIMA

HACE CONSTAR

Que revisada la contratación correspondiente a la vigencia 2018, se evidencio el contrato ejecutado por la señorita **JADNA SHARITH ROJAS CASAS**, identificada con la Cédula de ciudadanía No 1.110.180.398 expedida en Ortega, Tolima, y la Administración Municipal así:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS. No 193 – **OBJETO**: Prestación de servicios de apoyo a la Secretaria de Servicio Social ejerciendo las labores de apoyo a la supervisión del contrato 103 de 2018, celebrado entre el Municipio de Ortega Tolima, y la Cooperativa Multiactiva de comercialización de Colombia "Precoopviveres" para la realización del fortalecimiento del programa todos a la Escuela con alegría y Bienestar, mediante la implementación de alimentación escolar en la zona urbana y rural del Municipio de Ortega Tolima. **VALOR:** $ 5.000.000.oo M/Cte. **DURACION:** Dos (2) meses y quince (15) días calendario, contados a partir de la suscripción del contrato previo perfeccionamiento y legalización. **FECHA DEL CONTRATO:** 15 de septiembre de 2018.

Dado en el despacho de la Secretaria General y de Gobierno Municipal de Ortega, Tolima a los catorce (14) dias del mes de diciembre de 2018

ANCIZAR JESUS ALVIS VEGA
Sec. General y de Gobierno Mpal

Elaboro: **Jaime Tafur Guzmán**

Teléfono: (8) 2258106 / 2258085 - Fax: (8) 2258106
despachoalcalde@Ortega-tolima.gov.co
Alcaldía Municipal
Código Postal: 735501

www.ortega-tolima.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL TOLIMA
ALCALDIA MUNICIPAL
ORTEGA TOLIMA
Nit. 890.700.942-6

¡Por un ORTEGA Diferente y Eficiente!

EL SECRETARIO GENERAL Y DE GOBIERNO MUNICIPAL DE ORTEGA TOLIMA

C E R T I F I C A

Que revisada la contratación correspondiente a la vigencia 2019, se evidenció los contratos ejecutados por la señorita **JADNA SHARITH ROJAS CASAS,** identificada con la cédula de ciudadanía No.1.110.180.398 expedida en Ortega Tolima y la Administración Municipal así:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.112– OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA SECRETARIA DE SERVICIO SOCIAL EN LA COORDINACION DEL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES "COLOMBIA MAYOR" EN EL MUNICIPIO DE ORTEGA TOLIMA. **VALOR: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($6.480.000.00) M/CTE.- PLAZO DEL CONTRATO:** Cuatro (4) meses y veintitrés (23) días calendario, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo perfeccionamiento y legalización. - **FECHA DEL CONTRATO**: 8 de junio de 2019.

La presente constancia se expide a solicitud personal por el interesado.

Dado en la Secretaria General y de Gobierno Municipal de Ortega Tolima, a los seis (6) días del mes de diciembre del año 2019.

ANCIZAR JESUS ALVIS VEGA
Secretario General y de Gobierno Municipal

Elaboró: Ruby C.
Revisó: Dr. Ancizar Jesús Alvis Vega.

www.ortega-tolima.gov.co

SuperPunto
On line
NIT: 1.110.531.837-6

REFERENCIA LABORAL:

Por medio de la presente hacemos constar que **JADNA SHARITH ROJAS CASAS** con C.C 1.110.180.398 de Ortega Tolima laboro en esta empresa en el periodo comprendido entre el 03 febrero del 2020 al 31 de diciembre del 2021, desempeñándose en el cargo de Auxiliar contable; de lo anterior podemos resaltar su eficiencia y compromiso con las responsabilidades encomendadas.

Se expide en la ciudad de Ibagué, a los 01 días del mes de febrero de 2022.

Cordialmente,

JOHAN CARDONA ROMERO
C.C 1.110.531.837
GERENTE GENERAL
TEL: 3229078198

COOPERATIVA DE CAFICULTORES DEL SUR DEL TOLIMA LTDA.
NIT: 890.701.732-0

GA-1400- 0875

Chaparral, 23 JUN 2023

EL GERENTE

CERTIFICA

Que la señora JADNA SHARIT ROJAS CASAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.110.180.398 de Ortega, laboró en la Cooperativa de Caficultores del Sur del Tolima Ltda, bajo contrato a término fijo a partir del 24 de marzo de 2023 hasta el 23 de junio de 2023, en el cargo de Administrador Supermercado; la terminación del contrato fue por vencimiento del termino; su último sueldo fue de UN MILLÓN TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS ($1.392.776).

Se expide en Chaparral – Tolima, a solicitud de la interesada.

LUIS ERNESTO VAQUIRO OLAYA

Transcriptor: María Teresa Calvo Dávila

Sede Administrativa calle 8 9-18 Chaparral – Tolima Tel 2460105
Correo Electrónico: cafisur.ltda@gmail.com
Trilladora Cafisur: kilómetro 16 vía Espinal – Ibagué - telefax 2695984
Puntos de Servicio: Ataco, Bilbao, Dolores, El Limón, Gaitania, Herrera, La Marina, Ortega, Polecito, Planadas, Playa Rica, Rioblanco, Rovira, Risalda, San Antonio, Santiago Pérez, Santa Rita
www.cafisurtolima.com



Cruz Roja Colombiana
Seccional Tolima

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: Jadnal Jharith.

Apellidos: Rojas Cajas.

Documento de identidad: 1.110.180.398.

Fecha de nacimiento: 03 / NOV / 1999.

Este carnet es válido a nivel nacional e internacional.
Sera exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvalo

Centro de Vacunación
Espinal - Tolima
Carrera 4 No. 17-95 B. Libertador
Contacto: 316 5290 283

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	12-9-25	N3D18	UNICA	Kaven D.
Contra Influenza				
Otras				

Este carné es valido en Colombia
será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitio autorizados

Por mí y por Colombia, yo me vacuno

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN ¿Por qué no hoy?

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Jadna Sharith
Apellidos:	Rojas Casas
Documento de identidad:	CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 1.110180390
Fecha de nacimiento:	Día 03 Mes 11 Año 1999

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10.08.21	MODERNA	060021A	H.S.J Ortega.	Ismenia Lozano	28.864.274
	2			9 Septiembre 2021.	Proxima		

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jadna Sharith.

Apellidos: Rojas Casas

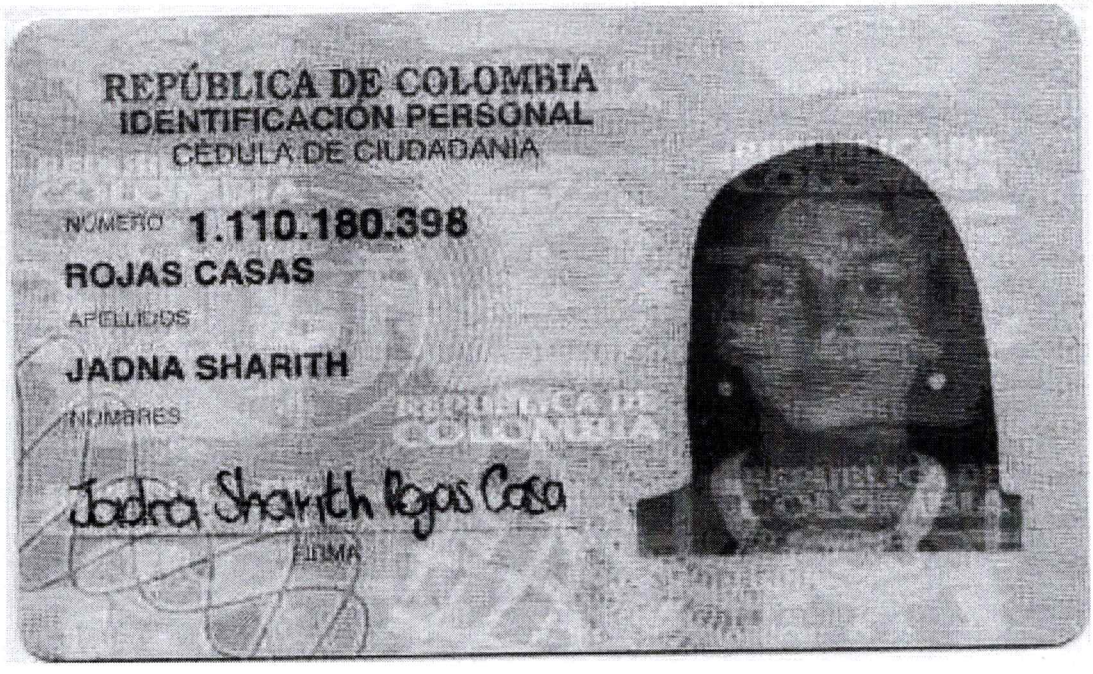
Documento de identidad: C.C. V T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1.110.180.398

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 11 Año 1999


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.110.180.398
ROJAS CASAS
APELLIDOS
JADNA SHARITH
NOMBRES
Jadna Sharith Rojas Casa
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1999
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
17-NOV-2017 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
P-2908500-00967318-F-1110180398-20180105
0059079550A 2
48482932



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.110.180.398**

ROJAS CASAS

APELLIDOS

JADNA SHARITH

NOMBRES

Jadna Sharith Rojas Casa

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **03-NOV-1999**
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

17-NOV-2017 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-2908500-00967318-F-1110180398-20180105 0059079550A 2 48482932

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

Tarjeta Profesional
181.151

Resolución No. 117 del 14/11/2023



JADNA SHARITH
ROJAS CASAS
C.C. 1110180398

ADMINISTRADORA DE EMPRESAS
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
Fecha del título: 08/10/2021

CONSEJO PROFESIONAL

Firmado digitalmente por:
HERNAN ALONSO ZUÑIGA CARVAJAL
Fecha: 17-11-2023 07:39:37 AM

Esta Tarjeta Profesional acredita al titular para el ejercicio legal de la profesión de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988.

183036

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 13 — Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14518660179

(415)7707212489984(8020) 000001451866017 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1110180398	7	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1110180398

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Tolima 73	Ortega 504

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	CASAS	JADNA	SHARITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Tolima 73	Ortega 504

41. Dirección principal: MZ 1 CA 18 BRR TECHITOS

42. Correo electrónico: jadnarojascasas@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3106136544	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8299	2018-09-13	8211	2018-09-13			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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: 49																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 20190521

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: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 10-09-2026 08:43:01AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

TuDoc
Dirección: Cra 5 # 11 - 24 Consultorio 401 Edificio Torre Empresarial.
Teléfono: 324 252 4665
Página web: www.tudoc-col.com
Correo: citas@tudoc-col.com
Ibagué, Tolima

CERTIFICADO DE EVALUACIÓN Y CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA DEL RECONOCIMIENTO:	CIUDAD:	DPTO.:	CARGO A OCUPAR:
10/09/2026	IBAGUÉ	TOLIMA	AUXILIAR ADMINISTRATIVA

MOTIVO DE EVALUACIÓN, TIPO DE EXAMEN: [X] INGRESO. [ ] PERIÓDICO. [ ] RETIRO. [ ] ALTURAS. [ ] OTRO:

1. IDENTIFICACIÓN EMPRESA

NOMBRE EMPRESA.: HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA. | NIT:

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

2. IDENTIFICACIÓN COLABORADOR

NOMBRE(S):	1er APELLIDO:	2do APELLIDO:	CÉDULA:
JADNA SHARITH	ROJAS	CASAS	1.110.180.398

SEXO: M [ ] F [X]	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	LUGAR DE NACIMIENTO:	LUGAR DE RESIDENCIA:
	03/11/1999	26 años	ORTEGA, TOLIMA.	ORTEGA, TOLIMA.

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

				Laboratorios:			
Examen médico ocupacional	X	Espirometría		Hemograma		Frotis faríngeo	
Audiometría		Prueba psicotécnica		Perfil lipídico		KOH uñas	
Examen optométrico		Electrocardiograma		Glicemia		Coprológico	
Visiometría		Hemoclasificación: A +		Serología		Otros	
				Serología II			
				Toxicológico			

3. CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

3.1. EXAMEN MÉDICO DE INGRESO:

Sin restricción(es) para el cargo, sin patología aparente.	X	PUEDE REALIZAR LA LABOR.
Sin restricción(es) para el cargo, con patología que no limita la labor.		PUEDE REALIZAR LA LABOR.
Con restricción(es) para el cargo.		Por motivo de:
Aplazado.		Por motivo de:

3.2. EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO:

Sin restricción(es), puede seguir realizando su labor.			
Se sugiere reubicación laboral:	Temporal		Por motivo de:
	Permanente		Por motivo de:

3.3. EXAMEN MÉDICO EGRESO:

[ ] Satisfactorio
[ ] No satisfactorio, por motivo de: _____.

3.4. CONCEPTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS:

Sin restricción(es) para manipular alimentos [ ]. Con restricción(es) para manipular alimentos [ ]. No apto [ ].

Tipo de restricción o limitación:

4. CONDUCTA/RECOMENDACIONES

MANEJO POR EPS/ARL		OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA	
Control periódico P y M por EPS	X	Control periódico ocupacional		Modificar dieta	
Remisión a EPS		Higiene postural	X	Ejercicio físico regular	X
Continuar manejo médico		Utilización correcta de E.P.P.	X	Abandono del hábito de fumar	
Remisión a ARL para manejo de caso		Utilización de ayudas ergonómicas.		Reducir el consumo de alcohol	
Seguimiento de caso por ARL		Realización de pruebas complementarias			

Recomendaciones específicas: INDUCCIÓN AL CARGO.

5. DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR

Declaro que todo lo referido y consignado en esta Historia Clínica Ocupacional está ceñido a la verdad y que no he ocultado información acerca de perturbaciones o deficiencias orgánicas, fisiológicas o psicológicas que impliquen riesgo para mi salud, para la de mis compañeros o para mi trabajo en esta empresa, además me comprometo a usar correctamente los elementos de protección personal (EPP) que me sean suministrados.

Firma Trabajador. CC:	Firma y sello del Médico. LENIN A. PUERTAS SILGADO. Médico Esp. S.O. Res.: 2011 del 25-06-2018, S.S.T.

DAVIVIENDA

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que JADNA SHARITH ROJAS con Cédula de Ciudadanía

número 1110180398 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO	0570488475466964	$0,00	---	$0,00	$0,00	$0,00

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.

La presente certificación se expide el 2026/09/10 en la ciudad ORTEGA

DAVIVIENDA
1669 - OFICINA ORTEGA

FIRMA AUTORIZADA

Banco Davivienda

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	2026-09-11 15:28

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JADNA	SHARITH	ROJAS	CASAS

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1110180398

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

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	HOSPITAL SAN JOSE - ORTEGA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	TOLIMA	Municipio	ORTEGA

Dirección	["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]

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 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$0,00

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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:

Señores
PIJAOS SALUD EPSI
Carrera 8 No. 16-77
Ibagué - Tolima

Ref.: AUTORIZACION MOVILIDAD ENTRE REGIMENES

Respetados señores:

Por medio del presente, el suscrito Jadna Sharith Pegas Casas identificado (a) con cedula de ciudadanía N° 1110180398 de Ortega T. me permito certificar que he sido informado de lo estipulado en el decreto único reglamentario 780 de 2016 en su "Artículo 2.1.7.7. ***Movilidad entre regímenes.*** La movilidad es el cambio de régimen dentro de la misma EPS para los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud focalizados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales "

La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado deberá ser registrada por el afiliado al día siguiente de la terminación de la vinculación laboral o de la perdida de las condiciones para seguir cotizando como independiente y a más tardar el último día calendario del respectivo mes o al día siguiente del vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante, si los hubiere

En virtud a que la novedad de movilidad no se puede registrar sin que hubiere mediado la manifestación de la voluntad del usuario, me permito autorizar a PIJAOS SALUD EPSI para que una vez se presente la novedad de retiro en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (Pila) o se informe por parte del **trabajador independiente la terminación del contrato de trabajo se aplique la movilidad descendente al régimen subsidiado para mí y mi núcleo familiar garantizando la continuidad de los servicios incluidos en Plan de Beneficios en Salud (PBS).**

Para constancia firmo la presente autorización a los 11 días del mes de Septiembre del año 2020

Cordialmente,



C.C. 1110180398

HUELLA

Dirección de Contacto: Manzana A1 Cs 18 B/Tolditos

Departamento: Tolima Municipio: Ortega

Teléfono de Contacto: 3222126146

Correo Electrónico: Jsharithpegas@gmail.com

PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA

Nit: 809.008.362-2

Resolución 013 Dirección General Asuntos Étnicos Ministerio del Interior

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
C- 91510	11 DD / 09 MM / 20 AA

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite:	2. Tipo de Afiliación:	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de Familia ☒ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido: Rojas	Segundo apellido: Cayos	Primer nombre: JADNA	Segundo nombre: Sharith

9. Tipo documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo de identificación
CC	1110180398	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
colombia	País: colombia	Departamento: Tolima	Municipio: Ortega	03 / 03 / 1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	
01	Yaguina	Si ☐ No ☐	Tipo	Condición

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN		21. Grupo de población especial
Si ☐ No ☐	Nivel	Grupo	17

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingresos base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Positiva	Porvenir	1750905	

26. Residencia			
Dirección: Manz casa 18 B/ techitos	Teléfono fijo	Teléfono celular: 3227126146	Correo electrónico: sharithrojas@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
tolima	Ortega		Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo de identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres completos				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No
B1													
B2													
B3													

	51. Datos de residencia							52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
independiente	CC	1110180398	

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono: 3227126146	Correo electrónico	Departamento: tolima	Municipio/Distrito: Ortega

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Rojas	Cases	Jadna	Sharith

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1110180398	Femenino ☐ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?	03 11 1999

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	11 09 2020	Código 14A	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:				X					

Total Anexos 1

- 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. fecha de radicación	97. Fecha de validación

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JADNA SHARITH ROJAS CASAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.180.398**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302656625

PIB
14:41:43

Bogotá DC, 09 de septiembre del 2026

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) JADNA SHARITH ROJAS CASAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110180398:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 09 de septiembre de 2026, a las 14:46:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1110180398
Código de Verificación	1110180398260909144616

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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:54:29 PM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1110180398**

Apellidos y Nombres: **ROJAS CASAS JADNA SHARITH**

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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 09/09/2026 02:58:27 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1110180398** y Nombre: **JADNA SHARITH ROJAS CASAS.**

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. **147345966** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:21:50 horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110180398,** Apellidos y Nombres **ROJAS CASAS JADNA SHARITH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA TOLIMA**, con NIT **890700967-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1110180398 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 09/09/2026 04:28 PM

Código Verificación: **DNCZ5MF18L**

Válida hasta: **08/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

La suscrita Directora Ejecutiva del
CONSEJO PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Organismo creado por la Ley 60 de 1981, reglamentada por el Decreto 2718 de 1984 y facultado para otorgar la matrícula profesional de los administradores de empresas, administradores de negocios, y demás denominaciones reconocidas

CERTIFICA:

Que la matrícula profesional de ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS No. 181151 otorgada a JADNA SHARITH ROJAS CASAS, con la cédula de ciudadanía No. 1110180398, se encuentra vigente.

Que JADNA SHARITH ROJAS CASAS, no tiene registradas sanciones ni presenta antecedentes disciplinarios en el Consejo Profesional de Administración de Empresas.

Que la matrícula profesional de ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS No. 181151 fue otorgada por el Consejo Profesional de Administración de Empresas, mediante la resolución No. 117 del año 2023.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., el doce (12) de Septiembre de 2026.

La presente certificación tiene una vigencia de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSEJO PROFESIONAL
DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
JUNTOS LOGRAMOS MÁS

Firmado digitalmente por: OLGA LUCIA MONTES GORDILLO
Fecha: 12-09-2026 09:34:37 AM

Certificación de vigencia y de antecedentes disciplinarios No. 408324

El presente certificado se emitió en formato electrónico y ha sido firmado digitalmente para garantizar su plena validez jurídica y probatoria. Su impresión será tenida en cuenta como copia del original emitido en medios electrónicos. Para validar la autenticidad del certificado ingrese a la dirección https://tramites.cpae.gov.co/public?show=verifyCertification e ingrese el siguiente código de verificación:

408324-1110180398-CP

Mi Seguridad Social

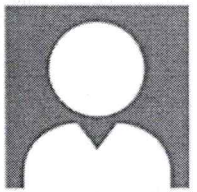
Salud

Ir al Inicio del Ministerio de Salud y Protección Soci

INICIO MENÚ CENTRO DE AYUDA SERVICIOS A LA CIUDADANÍA ACCESO CERRAR SESIÓN

Inicio > Inicio Ciudadano > Menú

Bienvenido al menú principal



JADNA SHARITH ROJAS CASAS

Rol seleccionado: Persona Natural

Mi Entidad Promotora de Salud:
PIJAOS
Régimen subsidiado - cabeza de familia

ACTUALIZAR MI INFORMACIÓN DE CONTACTO

MI BUZÓN DE NOVEDADES

Lea atentamente las instrucciones

- Para visualizar sus opciones, escriba en "¿Qué está buscando?" el nombre de la novedad, registro o consulta que desea realizar. Si desconoce el título de lo que busca, también podrá digitar una palabra clave.
- Una vez aparezca el resultado de la búsqueda, tendrá a su disposición un video tutorial en la opción "Ver tutorial" o el manual de usuario en "Leer manual", estas ayudas le facilitarán tanto las consultas como los reportes de información que vaya a realizar en el sistema. Inicie el proceso en la opción "Comenzar"

¿Qué está buscando?

¿Qué está buscando?

Afiliación - Perfil: Afiliado

HOSPITAL SAN JOSE E.S.E. NIVEL I
ORTEGA TOLIMA
NIT: 890.700.967-1

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

El (la) suscrito(a) Jadra Sharith Rojas Casas identificado con la cedula de ciudadanía No. 1110180398 expedida en Ortega T., autorizo libre, expresa e inequívocamente y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto No. 753 de 2019, al Hospital Santa José de Ortega E.S.E., identificada con el NIT 890.700.967-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Ortega T., el día Dieciseis (16) de Septiembre de 2020.

Firma: Jadra Sharith Rojas Casas
Nombre: Jadra Sharith Rojas Casas.
Cédula: 1110180398

CERTIFICACIÓN DE NO INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y PROHIBICIONES PARA CONTRATAR

El suscrito Jadna Sharith Pozo Casco, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1110180398, declaro bajo la gravedad de juramento que:

1. Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la constitución Política de Colombia, la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1437 de 2011, Ley 1474 de 2011, la Ley 1952 de 2019 y demás normas sobre la materia; así como las sanciones establecidas por transgresión a las misma en el artículo 09 del Estatuto de Contratación del Hospital San José de Ortega E.S.E.

2. Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad y prohibición alguna para celebrar contratos con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

Sin perjuicio de lo anterior sírvase dar respuesta a las siguientes preguntas **(aplica para los representantes legales de una persona jurídica y para las personas naturales)**:

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD	SI	NO
¿Ha participado en licitaciones, concursos o ha celebrado contratos con el Estado estando incurso en alguna inhabilidad?		X
¿Ha sido sancionado con la declaratoria de caducidad?		X
¿Ha sido sancionado mediante sentencia judicial a la pena de interdicción de derechos y funciones públicas o ha sido sancionado con la destitución?		X
¿Ostenta la calidad de servidor público?		X
¿soy el/la cónyuge, compañero o compañera permanente de servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo, o de quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal en el Hospital San José de Ortega E.S. E?		X
¿ Tiene vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad (Primer Grado- Padres e Hijos naturales, Segundo Grado- Abuelos, Nietos y Hermanos) , segundo de afinidad (Primer Grado- cónyuge, suegro/a (los padres de mi cónyuge), cónyuges de mis hijos/as (yernos y nueras), Cónyuge de mi padre, si no es mi madre- madrastra/ Cónyuge de mi madre, si no es mi padre- padrastro, Segundo Grado-Cónyuges de mis hermanos/as-cuñados, Abuelos/as de mi cónyuge, Cónyuges de mis nietos/as, hermanastros/as (entendiendo como hermanastro/al hijo/a del cónyuge de mi		X

Vigilado Supersalud

padre/madre con el que no comparto ningún lazo de sangre) o primero civil (Padre/madre adoptante, Hijo/a adoptado/a) con los servidores públicos de los niveles directivo, asesor ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal del Hospital San José E.S.E ?		X
¿Ha sido declarado judicialmente responsable por la comisión de un delito, en contra de la Administración Pública o de cualquiera de los delitos y faltas que contempla la Ley 1474 de 2011, las demás normas que la modifican y reglamentan o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción ratificados por Colombia?		X
¿Ha financiado campañas de candidatos del nivel departamental, efectivamente elegidos, por montos superiores al 2% de las sumas máximas a invertir?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco, hasta del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, con algún servidor público del Hospital San de Ortega E.S. E del nivel directivo, asesor, o con las personas que ejerzan el control interno o con algún miembro de su junta directiva?		X
¿En los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X
¿Tiene algún vínculo de parentesco en el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad, o primero civil, con alguna persona que, en los últimos dos años, ejerció cargos del nivel directivo en entidades del Estado o en sociedades en las cuales haya estado vinculado bajo cualquier título, que prestaran sus servicios en un sector relacionado con el objeto de la presente contratación?		X

De igual manera, autorizo expresamente al **Hospital San José de Ortega E.S.E**, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar.

Con la firma del presente documento, me obligo a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que todos los proveedores, empleados, etc. y los recursos de éstos, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas **(sólo aplica en caso de obrar como representante legal de una persona jurídica**).

Adicionalmente manifiesto que mi persona a la firma del presente documento no he sido sancionado por cuestiones penales, fiscales y/o disciplinarias.

Declaro que a la fecha que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo situación(es) que pueda(n) presentar un potencial **CONFLICTO DE INTERÉSES** para el ejercicio del cargo de conformidad con lo dispuesto en la Constitución política (artículo 122) Ley 734 de 2002 artículos 54, al 88; Ley 1437 de 2011 artículos 11 y 12; Código de Procedimiento Penal

Vigilado Supersalud

artículos 56,57,58 (adicionado por el artículo 83 Ley 1395 de 2010), 59 al 65 y demás normas concordantes y complementarias).

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de deudor o alimentario moroso en cumplimiento a la Ley 2097 de 2021 y Decreto Único Reglamentario 1310 de 2022, por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.[1]

Así mismo, declaro bajo la gravedad de juramento que **SI** ☐ **NO** ☒ tengo la condición de condenados por delitos sexuales cometidos contra menores en cumplimiento a la Ley 1918 del 2018 por lo tanto, anexo el Certificado del Registro de delitos sexuales contra menores emitido por la -POLICÍA NACIONAL.[2]

De igual manera, en caso de presentarse, durante la ejecución del contrato a celebrar con el Hospital San José de Ortega E.S.E**,** alguna inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, me comprometo a informar de manera **inmediata** al supervisor del contrato, quien a su vez informará al área de Contratación, con el fin de adelantar el análisis de la información en aras de mitigar los riesgos de continuar la ejecución del contrato en las situaciones mencionadas.

Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Dado en el Municipio de Ortega Tolima, a los 16 dias del 2026.

Jadna Sharith Rojas Casas
1110180398
Nombre completo y firma CC.
Representante Legal **(si aplica)**
Empresa y NIT. **(si aplica)**

Vigilado Supersalud

[1] Certificado generado a través del link www.redam.gov.co

[2] Certificado generado a través del link https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/

	HOSPITAL SAN JOSE ESE SALUD PARA TODOS ORTEGA TOLIMA NIT. 890.700.967-1		Código: GE-FO-15
	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD		Versión: 01 Fecha: 04/11/2025

DATOS DEL FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDOS:	Jadra Sharith Rojas Casas
CEDULA:	1110180398
CARGO:	Auxiliar Administrativa
DIRECCION:	Manzana A1 Casa 18 B/ Techitos Ortega
TELEFONO:	3222126146
CORREO ELECTRONICO:	jsharithrojas@gmail.com

CLAUSULAS

PRIMERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a no divulgar a terceros toda la información, que reciba por parte del Hospital San José de Ortega E.S.E. para el desarrollo de sus actividades y obligaciones contractuales, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información de su propiedad. Para efectos del presente acuerdo la información a que se refiere el presente acuerdo comprende toda la información divulgada por el Hospital San José de Ortega E.S.E. ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y/ intangible.

PARAGRAFO. El funcionario y/o contratista no podrá extraer información de las instalaciones del Hospital San José de Ortega E.S.E. sin autorización escrita y expresa del Gerente.

SEGUNDA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a mantener de manera confidencial la información que reciba del Hospital San José de Ortega E.S.E. y a no darla a conocer a terceros sin autorización escrita y expresa del Gerente, salvo en los casos establecidos en la ley.

TERCERA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se obliga a utilizar la Información recibida, únicamente para el desarrollo el objeto del contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E.

CUARTA. El FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por el Hospital San José de Ortega E.S.E. al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general.

QUINTA. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y la Ley 1581 de 2012.

Vigilado Supersalud

SÉXTA. En caso de que el FUNCIONARIO y/o CONTRATISTA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en el presente acuerdo éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar al Hospital San José de Ortega E.S.E., sin perjuicio de las responsabilidades fiscales, disciplinarias y penales que ellas conlleven.

SEPTIMA. La vigencia del presente acuerdo será indefinida y permanecerá vigente mientras exista relación contractual con el Hospital San José de Ortega E.S.E., incluido la etapa de liquidación del contrato.

Se suscribe en el municipio de Ortega Tolima, el Dieciseis (16) del mes de Septiembre del año 2026.

Firma:

Jadra Sharith Rojas Casas
C.C. No. 1110180398 de Ortega T.

Vigilado Supersalud

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, Jadra Sharith Rojas Casas identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1110180398 expedida en Ortega T., por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Hospital San José de Ortega E.S.E, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a Hospital San José de Ortega E.S.E a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Jadra Sharith Rojas Casas
Nombre: Jadra Sharith Rojas Casas
Identificación: 1110180398
Fecha: 16/09/2026 (Fecha en que se puso de presente al titular la autorización y entregó sus datos)

Vigilado Supersalud