Mosquera Cundinamarca, de 2026

Señores
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Gerente.

Juanita Corral Castillo

Presentación de propuesta de servicios.

Respetados señores

Por medio de la presente me permito presentar y ofrecer mis servicios como **Auxiliar de Enfermería** en el Hospital María Auxiliadora de Mosquera y sus sedes adscritas, en los diferentes servicios que la institución lo requiera, adhiriéndome a los procesos, políticas y protocolos de la Institución, velando por el bienestar de los usuarios y ejecutando cada actividad de manera integral.

Agradezco la atención prestada y quedo atento a cualquier inquietud.

Cordialmente,

Firma.

Yolanda Cruz

Nombre: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

Cedula: 35.353.292

Teléfono: 3115823736

JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

ASISTENTE ADMINISTRATIVA Y DE OFICINA TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA



Cédula de Ciudadanía: 35.353.292
Fecha de Nacimiento: mayo 1 de 1981
Teléfonos: 311582373
Estado civil: Casada
Carrera 1 D # 5 30 sur cerezos II Madrid (Cund.)

PERFIL

Amplia experiencia en atención al cliente, con conocimientos en los principios y procesos en SAC y facturación aplicando estándares de calidad y brindando la mejor atención personalizada. Persona seria, honesta, capacitada y con la mejor disposición para desempeñar eficientemente labores que demanden responsabilidad y manejo técnico. Gran capacidad para trabajar en equipo, buenas relaciones interpersonales, proactiva y con habilidades para trabajar bajo presión. Me gusta trabajar con calidad, humanización, sentido de pertenencia y con deseos de superación.

ESTUDIOS REALIZADOS

- **APREM CAPACITACIONES SAS**
  Funza 2016
  Soporte Vital Básico

- **INCATEC**
  Madrid 2016
  Técnico en Enfermería

- **INCATEC**
  Madrid 2016 **Diplomado de Atención Pre Hospitalaria APH**

- **FUNDACIÓN EDUCATIVA COMERCIAL FUNDEC**
  Facatativá 2001 **Técnico en Logística y administración de Inventarios.**

- **COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO SERREZUELA.**
  Madrid 2000
  Bachiller Académico

EXPERIENCIA LABORAL

E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA **May. 2024 – May.**

2026 AUXILIAR DE ENFERMERIA / ADMINISTRATIVA

Principales funciones

- Agendamiento
- Traslado de pacientes
- Gestión de informes
- Seguimiento Productividad Diaria
- Cargue de agendas
- Consolidación de información de usuarios

Jefe Inmediato:
Yazmin Puentes
Teléfono: 3213162600

Jefe Inmediato:
Diana Rueda
Teléfono: 3102113070

FLORES SAN JUAN **Ene. 2022 – Feb.2022**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Principales funciones

- Asignación de citas médicas
- Toma de signos vitales
- Oficios varios

Jefe Inmediato:
Sheridan Rozo
Teléfono: 3125557058

EXPERIENCIA LABORAL

E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE **May. 2021 – Dic. 2021**

FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA

Principales funciones

- Facturación de citas médicas
- Asignación de citas médicas
- Alistamiento de historias clínicas
- Manejo caja

Jefe Inmediato:
Dayand Rojas Blanco
Teléfono: 3138939798

SERVISALUD **Abr. 2021 – May. 2021**

PROMOTORA

Principales funciones

- Atención al usuario
- Gestión sistema PANA y sistema Break Point
- Gestión de incapacidades
- Recepción y tramites de PQRS
- Agendamiento de citas medicas

Jefe Inmediato:
Erika Suarez Teléfono:
3204584951

EPS CONVIDA **Ene. 2017 – Dic. 2020**

PROMOTORA

Principales funciones

- Atención al usuario
- Recepción y tramites de PQRS
- Precargue autorizaciones y solicitudes
- Entrega de Autorizaciones
- Gestión P&P
- Coordinación entrega medicamentos en farmacia
- Afiliaciones

Jefe Inmediato:
Julio Torres Teléfono:
3132450601

FUNDACION DEL DEPORTE NACIONAL "FUNDENAL "Ene. 2016 –Sep. 2016

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Principales funciones

- Realizar exámenes físicos
- Información de nutrición
- Curación de heridas
- Proteger la salud contra los riesgos ambientales
- Prevenir lesiones

Jefe inmediato: Sandy Martínez Anzola
Celular: 3108602069
Psicóloga

COOPERATIVA DE TRABAJO "COOPCORONA" Dic. 2015 – Ene. 2016
AUXILIAR EN ENFERMERIA Y SALUD OCUPACIONAL - PASANTIAS

Principales funciones

- Auxillar de programas de prevención en salud ocupacional
- Levantamiento base de datos de empleados para salud ocupacional
- Seguimiento de citas médicas para empleados con enfermedades profesionales
- Apoyo de labores de enfermería (inyecciones, toma de tallas, pesaje etc.

Jefe inmediato: Diego Armando Cortes Muñoz
Teléfono: 8250727 ext. 104
Celular: 3108605383
Gerente General

COOPERATIVA DE TRABAJO "COOPCORONA". **May. 2010 – Ene. 2013**

AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y DE ARCHIVO.

Principales Funciones

- Controlar agenda del Gerente
- Responsable del archivo y documentación de los socios
- Atención al cliente
- Responsable de la correspondencia
- Atención telefónica
- Manejo de Información confidencial
- Diligenciar registros, cartas, archivos, entregas etc.
- Velar por el buen aspecto físico de las instalaciones

Jefe inmediato: Diego Armando Cortes Muñoz
Teléfono: 8250727 ext. 104
Celular: 3108605383
Gerente General

REFERENCIAS PERSONALES

- **Jaime Hernández**
  Abogado
  Celular: 3134325148

- **María Teresa Jiménez**
  Independiente
  Celular: 3228425573

- **Jenny Julieth Romero**
  Técnica administración en salud
  Celular 3142742459

- **Diana Martínez**
  Jefe de Enfermeras
  Celular 3007003234

- **Lina María Cruz Morales Jefe de Enfermeras Celular: 3005231880**

Yolanda Cruz A.

JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON 35.353.292

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CRUZ	ALARCON	JENNY YOLANDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 35353292	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 05 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO MADRID

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1D 5 30 CASA CEREZOS 2

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO MADRID

TELÉFONO EMAIL yolanda_cruz_alarcon@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			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNOLÓGICA 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).

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:

ENF (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

ESPECIFIQUE 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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD: MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: MOSQUERA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 8292327	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 15	Mes: 05	Año: 2024				Día:	Mes:	Año:		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA: AREA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS				DIRECCIÓN: CALLE 3 ESTE 15 null ESTE CALLE 3 NO. 2-15 ESTE						

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD: CONCEJO DE FLORESTA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: SIN DATO						
DEPARTAMENTO: SIN DATO	MUNICIPIO: SIN DATO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día: 17	Mes: 01	Año: 2017				Día:	Mes:	Año:		
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: SUBGERENCIA COMERCIAL				DIRECCIÓN: Sin dirección						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EPS CONVIDA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3114252268	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OFICINA MADRID					*DIRECCIÓN* CARRERA 58N 9 97						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8013556420	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	03	*Año* 2026	*Día*	10	*Mes*	05	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AREA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8255917	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AREA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS					*DIRECCIÓN* CALLE 3 ESTE 2 15 ESTE CALLE 3 NO. 2-15 ESTE						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3505384208	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2024	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AREA DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS					*DIRECCIÓN* CALLE 3 # 2-15						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MOSQUERA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115823736	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	24	*Mes*	09	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMIN. Y ATENCION AL CLIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA- ATENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 3 215 ESTE						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTA MATILDE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 00	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* MADRID					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3182084511	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CARRERA 6N 11 45					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVISALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8901362	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	04	*Año* 2021	*Día*	13	*Mes*	05	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL GESTOR DE SERVICIO AL CLIENTE	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 15 8 56					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD EPS CONVIDA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* MADRID					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4269500	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBGERENCIA COMERCIAL					*DIRECCIÓN* BOGOTA					

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	2	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	9	8
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

Yolanda Cruz

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

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-09-28 21:23

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JENNY	YOLANDA	CRUZ	ALARCON

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	35353292

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MADRID

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MADRID

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	MARIA AUXILIADORA DEL MUNICIPIO DE MOSQUERA - CUNDINAMARCÁ

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	MOSQUERA

Dirección	["calle 3 # 1-19 este"]
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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
00	AFGANISTAN			$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
00	$0,00

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 d 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 registr de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con lo 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 [X] No [ ]

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JEFFER	ESNEIDER	QUEVEDO	HERNANDEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 80578716

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 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 d consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor 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 junt directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucr (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
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.353.292
CRUZ ALARCON

APELLIDOS
JENNY YOLANDA

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1981
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

12-MAY-1999 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-1510000-00063302 F-0035353292-20010501 0002950654 1 1500020079

Fecha: 28 / 01 / 2026

Yo, **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **35353292** expedida en **MADRID**, manifiesto que he recibido y conozco la información suministrada por el Proceso de Talento Humano del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, relacionado con los procesos de Inducción y reinducción, capacitaciones, cursos institucionales, lineamientos, comunicaciones, novedades, trámites administrativos, terminación o finalización del contrato de prestación de servicios y demás información inherente a la gestión del talento humano.

En constancia de lo anterior, firmo el presente documento.

Firma: Yolanda Cruz

Nombre: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

Cédula de ciudadanía No.: 35353292

Teléfono: 3115823736

Contratista X Planta ____

JURAMENTO ÉTICO Y CONFLICTO DE INTERESES

Yo, **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON** identificado con cédula de ciudadanía número **35353292**, en mi calidad de Servidor Público, Contratista del **Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera**, declaro bajo la gravedad del juramento que conozco, comprendo y me comprometo de manera voluntaria y consciente

a. Priorizar la Vida y la Salud: Orientar todas mis actuaciones al bienestar, la seguridad y la dignidad de los usuarios y la comunidad de Mosquera, prestando un servicio humanizado, oportuno y con calidad.
b. Acatar los Valores Institucionales: Actuar bajo los principios de Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, de acuerdo con el Código de Integridad de la institución.
c. Resguardar la Confidencialidad: Mantener estricta reserva sobre la historia clínica de los pacientes y la información confidencial de la Institución, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos Personales (Ley 1581 de 2012).
d. Cuidar los Recursos Públicos: Velar por el uso eficiente, transparente y austero de los bienes, equipos e insumos médicos y administrativos asignados para el cumplimiento de mis labores.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES
(De conformidad con la Ley 1437 de 2011, Ley 1952 de 2019 y normas concordantes)
Marque con una X la opción correspondiente a su situación actual:

A. **Relaciones Comerciales o Financieras** ¿Tiene usted, su cónyuge, compañero(a) permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, algún interés económico, acciones o vínculo comercial con proveedores de medicamentos, insumos, equipos médicos o servicios de la Institución? SÍ [ ] NO [X]

B. **Vinculación con Competidores o Entidades del Sector** ¿Presta usted servicios asistenciales, de asesoría o consultoría en otra institución de salud (pública o privada) cuyas funciones o horarios entren en conflicto directo con sus responsabilidades en este Hospital? SÍ [ ] NO [X]

C. **Relaciones de Parentesco** ¿Tiene familiares laborando en el Hospital María Auxiliadora de Mosquera que se encuentren en una relación directa de subordinación o control respecto a su cargo? SÍ [ ] NO [X]

Detalle de la declaración: (Si marcó SÍ en alguno de las casillas anteriores, por favor describa brevemente la situación a continuación. Si marcó NO, escriba "No aplica"). (Espacio para detallar el conflicto de interés si existe).

Manifiesto que la información aquí consignada es verídica y fiel a la realidad. Me comprometo a actualizar este formato de manera inmediata si durante el ejercicio de mis funciones surge una nueva situación que configure un potencial conflicto de intereses.

Para constancia de lo anterior, se firma en el municipio de Mosquera, Cundinamarca, a los 24 días del mes de 09 del año 2026.

Firma: Yolanda Cruz
Cédula de ciudadanía No.: 35353292

Fecha: 27 / 09 / 2026

Señores
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA E.S.E. DE MOSQUERA
Mosquera, Cundinamarca

Yo, **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **35353292**, actuando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad de juramento, el cual se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que a la fecha de su firma:

1. **SI ( ) No (X)** Me encuentro desempeñando un empleo o cargo público en esta entidad o en otra entidad del Estado.
2. **Si ( ) No (X)** Soy cónyuge, compañero(a) permanente o tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con servidores públicos que desempeñen cargos del nivel directivo, asesor o de control interno del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera o de la Contraloría competente.
3. **SI ( ) No (X)** Tengo parentesco hasta el primer grado de consanguinidad, primero de afinidad o único civil con exservidores públicos que hayan ocupado cargos del nivel directivo en el Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera y se hayan retirado dentro de los dos (2) años anteriores.
4. **SI ( ) No (X)** He sido servidor(a) público(a) del Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, concejal o edil dentro de los dos (2) años anteriores y desempeñé funciones iguales o similares a las relacionadas con el objeto del contrato.
5. **SI ( ) No (X) No aplica ( )** En mi calidad de profesional del área de la salud, me encuentro desempeñando un cargo público en el área administrativa de una entidad estatal.
6. **SI ( ) No (X)** He sido sancionado(a) con cinco (5) o más multas, o con dos (2) multas y un incumplimiento, o con dos (2) incumplimientos en contratos estatales durante una misma vigencia fiscal, dentro de los tres (3) años anteriores.
7. **SI ( ) No (X)** Soy o he sido miembro de la Junta Directiva de una entidad descentralizada del orden territorial vinculada al Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera, dentro del año inmediatamente anterior.
8. **SI ( ) No (X)** Me encuentro incurso(a) en alguna otra causal de inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de interés o prohibición para contratar con entidades estatales, diferente de las anteriormente relacionadas.

Declaro que la información suministrada es veraz y conozco que cualquier falsedad u omisión podrá dar lugar a las acciones legales y administrativas a que haya lugar, de conformidad con la Constitución Política y la legislación colombiana vigente.

En constancia de lo anterior, firmo la presente declaración.

Firma: Jenny Cruz

Nombre: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

Cédula de ciudadanía No.: 35353292

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Departamental Nacionalizado Serrezuela

Madrid - Cundinamarca

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 002009 del 23 de Noviembre de 2000

Confiere a:

Jenny Yolanda Cruz Alarcon

Identificado (a) con T.I. No. 81050-04478 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretario

Dado en _____ a ____ de _____ de _____

Por resolución Reglamentaria [illegible] Decreto 0230 del 11 de Mayo de 1994 y 2150 del 3 de Noviembre de 1995

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. Folio 150 Libro 1
DANE 12543000289

COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO SERREZUELA

En la ciudad de Madrid, Cundinamarca a los Dos (2) días del mes de Diciembre del año 2000 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO SERREZUELA JORNADA TARDE

Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICA según Resolución No. 002009 del 23 de Noviembre del año 2000

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académmica se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA T.I. 810501-04478 BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 12 de fecha 02/12/2000 que consta de 108 alumnos que comienza con el nombre de AGUDELO ROJAS RUBY MILENA y se cierra con el nombre de YOMAYUSA CAÑON OSCAR JAVIER

firmado y sellado por MARIA NOHORA VELANDIA BERNAL (Rector) y MARIO JOSE BENITEZ CASTAÑEDA (Secretario).

Dada en Madrid, Cundinamarca a los Dos (2) días del mes de Diciembre del año 2000

Firmado y Sellado

Rector(a) o Director(a)

C.C. No. 20.030.433 de Bogotá

Secretario(a)

C.C. No. 19.196.238 de Bogotá

Diploma No. _____

FISE 2126059-3146765

Escaneado con CamScanner

INC ATEC
Instituto de Capacitación Técnica

Acuerdo No. 00113 de 19 de Mayo de 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

Ministerio de proteccion Social - Ministerio de Educacion Nacional
Resolución de Aprobación No. 864 de 04 de Junio 2015
Secretaria Educación Facatativá Cundinamarca

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional
Técnico Laboral por Competencias

Auxiliar en Enfermería

A:

Jenny Yolanda Cruz Alarcón

C. C. No. 35.353.292 De Madrid Cundinamarca

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por el Instituto y la Secretaria de Educación de Facatativá, Cundinamarca con una intensidad horaria de 1800 horas.

Se expide el presente Certificado en Facatativá, Cundinamarca a los 11 días del mes Febrero de 2016

Angel Arturo Bastos B.
Director

Cecilia Hernández M.
Coordinadora Académica

Libro de registro Interno No. 01 Folio 166 Certificado No. 2038

INCATEC
Instituto de Capacitación Técnica

Acuerdo No. 00113 de 19 Mayo de 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud
Ministerio de la protección Social – Ministerio de Educación Nacional
Resolución de Aprobación No. 864 de 04 de Junio 2015
Secretaría Educación Facatativá Cundinamarca-

ACTA DE CERTIFICACION
No. 049

En la Ciudad de Facatativá, Departamento de Cundinamarca, a los Once días del mes de Febrero del año Dos mil Dieciséis, en el Auditorio de INCATEC siendo las 3 de la tarde, con el fin de protocolizar la certificación de estudiantes de éste Instituto, se reunieron: Doctor Ángel Arturo Bastos Burbano Director de INCATEC, docentes de los diferentes Programas a certificar, Doctora Cecilia Hernández Muñoz Coordinadora Académica, todos funcionarios del Instituto, para dar cumplimiento a la solemne ceremonia y entrega de Certificados a estudiantes que culminaron su formación y capacitación satisfactoriamente en el segundo Período del año Dos Mil Quince, comprobada su situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes, se procedió a entregar el certificado individual de Aptitud ocupacional TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERÍA A: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON identificada con CC 35.353.292 expedida en Madrid Cundinamarca, según acto administrativo legal vigente respaldado por la Resolución No. 864 de 04 de Junio 2015; emanada de la Secretaría de Educación de Facatativá Cundinamarca-

Es fiel copia tomada del original del Acta General No. 049 con fecha 11 – 02 – 2016 que consta de Veintiún egresados que comienza con el nombre ADRIANA MARTINEZ CASTILLO, y termina con el nombre de YURIAN XIMENA MATEUS ROJAZ.

Firmada y sellada por el Señor Director Y Coordinadora Académica-

Ángel Arturo Bastos B.
Director

Cecilia Hernández M.
Coordinadora Académica

CUNDINAMARCA
unidos podemos más

RESOLUCIÓN No. 25 - 660
16 DE FEBRERO DE 2016

"Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional"

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989, el Decreto 1352 del 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1875 de 1994, la Ley 1164 de 2007 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Resolución 5258 de 2011, expedida por la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca, demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que ***CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA,*** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.***35353292,*** **expedida en** ***MADRID CUNDINAMARCA,*** solicitó ante esta Secretaría de Salud la autorización, para ejercer como ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA;*** diploma otorgado por ***EL INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICA INCATEC EN FACATATIVA CUNDINAMARCA, según ACTA DE CERTIFICACION No. 049 DE FECHA 11 DE FEBRERO DE 2016.***

Que dicho certificado de aptitud ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con lo establecido en el Parágrafo del Artículo 2º, De la Resolución 08211 de 1989.

Que estudiada la documentación presentada por el (la) solicitante, este(a) cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a ***CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA,*** Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No.***35353292,*** expedida en ***MADRID CUNDINAMARCA,*** para ejercer como ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR EN ENFERMERIA,*** y tiene efectos en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Con la presente Resolución, el profesional quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ARTÍCULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C, el 16 DE FEBRERO DE 2016

DORIS E. RODRIGUEZ PEREZ
Directora de Desarrollo de Servicio

Proyectó: Consuelo Espinosa
Revisó: Esperanza Martínez

BOGOTA D.C. 04-03-2016
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Jenny Yolanda Alarcon
CC No. 80578716
Firma

CC	35353292	JENNY	YOLANDA	CRUZ	ALARCON	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 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) JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON identificado(a) con CC 35353292 registra La siguiente información:

2026-09-22--5:21:02 PN

Información Académica

AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016-02-16	660	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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)Activar Windows

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4803556317

PÓLIZA No: 480 -89 - 994000003772 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ — COD. AGE: 480 — RAMO: 89 — PAP:

DIA EXPEDICIÓN	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA POLIZA	DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	DIA IMPRESIÓN	MES	AÑO
25	09	2026	VIGENCIA DESDE	25	09	2026	23:59 A LAS		25	09	2027	23:59	365	25	09	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	25	09	2026	23:59	25	09	2027	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON — IDENTIFICACIÓN: CC 35.353.292
DIRECCIÓN: CARRERA 1D NO 5 30 SUR CEREZOS DOS — CIUDAD: MADRID, CUNDINAMARCA — TELÉFONO: 3115823736

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON — IDENTIFICACIÓN: CC 35.353.292
DIRECCIÓN: CARRERA 1D NO 5 30 SUR CEREZOS DOS — CIUDAD: MADRID, CUNDINAMARCA — TELÉFONO: 3115823736
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 — DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA — CIUDAD: MADRID

DIRECCION: CARRERA 1 D NORTE #5 - 30 NORTE

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		$ 175,009,500.00	
	RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	175,009,500.00	
	USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	175,009,500.00	0.00
	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	175,009,500.00	0.00
	SUSTITUCION PROVISIONAL	175,009,500.00	0.00
	GASTOS DE DEFENSA	17,500,950.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***175,009,500.00	$ **********96,168	$*****15,000.00	*******21,122	$ **********132,290

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
PREVER SIMMOND Y CIA LTDA.	1982	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA SE REQUIERE, POR FAVOR DIRIGIR AL SIGUIENTE LINK https://www.segurosolidaria.com.co/clausulados-de-responsabilidad-civil.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIEN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.segurosolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000448335631

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CAD0267B0ADAFA7D5E

CLIENTE

VAREERRERA 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – Teléfonos: (601) 213 13 70 – 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 – 323 232 29 94 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a jueves de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes de 8:00 a. m. a 3:00 p. m. Para mayor información le invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://segurosolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contestado para realizar el procedimiento

Compañía de Seguros

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DICIRG - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD AGENCIA: 480 RAMO: 89 No POLIZA: 994000003772 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON IDENTIFICACION: CC 35.353.292

ASEGURADO: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON IDENTIFICACION: CC 35.353.292

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACION: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON
ASEGURADO: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CARRERA 1 D NORTE #5 - 30 NORTE
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 23 del mes de 09 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUBG-16-D001 y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P17032021MGGS08000 CL-SUBG-16-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 3% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia, Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ COD. AGENCIA: 480 RAMO: 89 No POLIZA: 996000003772 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON IDENTIFICACIÓN: CC 35.351.292

ASEGURADO: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON IDENTIFICACIÓN: CC 35.353.292

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.
Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.
Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.
Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.
Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.
Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.
Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.
Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.
Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.
Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Autoexplorer.
Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exequatur en Colombia.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.
Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.
Se modifica la exclusión 2.3 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

3. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.3.
2.3.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.3.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: IBAGUÉ | EXT. AGENCIA: 480 | RAMO: 89 | No PÓLIZA: 994000003772 | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON | IDENTIFICACIÓN: CC 35.353.292

ASEGURADO: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON | IDENTIFICACIÓN: CC 35.353.292

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS | IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumida por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, costo, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, costo o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extienda para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE

Fecha: 18 / 09 / 2026

Señores
Institución de Educación Superior o Entidad Competente

Asunto: Autorización para la verificación de títulos académicos

Yo, **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **35353292** expedida en **MADRID**, en calidad de titular de la información, de conformidad con lo establecido en el Artículo 15 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la Protección de Datos Personales, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a la institución educativa o entidad competente para suministrar al **Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera** la información necesaria con el fin de verificar la autenticidad, validez, veracidad e idoneidad de mi formación académica y de los títulos obtenidos.

La presente autorización comprende la consulta y confirmación de la información relacionada con el siguiente título académico:

Título académico: TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA

Esta autorización se otorga exclusivamente para los fines de verificación documental y validación de requisitos dentro de los procesos adelantados por el Hospital María Auxiliadora E.S.E. de Mosquera.

En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización.

Firma: Jenny Cruz

Nombre: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

Cédula de ciudadanía No.: 35353292

Teléfono: 3115823736

Dirección: CRA 1 D # 5 30 SUR

Correo electrónico: YOLANDA_CRUZ_ALARCON@HOTMAIL.COM

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:19:57 PM horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **35353292**
Apellidos y Nombres: **CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA**

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.

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, 24/09/2026 03:24:40 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. 35353292 y Nombre: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON.

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. **148359311**. 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.

Datos del ciudadano

Señor(a) JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON Identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 35353292.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, septiembre 22, 2026 - Hora de consulta: 18:30:02

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 20 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión es ausencia total o parcial de antecedentes.

Activar Windows

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de septiembre de 2026, a las 18:35:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	35353292
Código de Verificación	35353292260922183537

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

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 18:39:49 horas del 22/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **35353292,**
Apellidos y Nombres **CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE MARIA AUXILIADORA DE MOSQUERA**, con **NIT 832010436-9** 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 35353292 **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 22/09/2026 07:04 PM

Código Verificación: **NCLFHRJBX4**

Válida hasta: **23/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141280378825

(415)7707212489984(8020) 000014128037882 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 35353292 | 6. DV: 6 | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 13. Buzón electrónico: 32

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	35353292

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	Madrid 43

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	ALARCON	JENNY	YOLANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Madrid 43

41. Dirección principal: CR 1 D # 6.30 Sur CA

42. Correo electrónico: yolanda_cruz_elarcon@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3115823736 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2016/03/01	8299	2016/03/01				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 renovació

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2026-01-16 / 04:10:40PM

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 1.6.1.2.8 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: Yolanda Cruz

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: Yolanda Cruz

984. Nombre: CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA

985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
TRAMITE

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No:	Firma Vacunador
HB	1era	17-01-25	2205004240	Juanre
		17-02-25		

Powered by CamScanner

IPS Sigmedical

Sistemas Integrados de Gestión en Medicina Laboral S.A.S.

900.923.659-9

ertificado de Vacunación Nº 2485

ombre: Jenny Yolanda Cruz Alarcón

ocumento e identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] PEP [ ] Otro [ ] Cuál:

No.: 35353292

eléfono: 3115823736 INT [X] EXT [ ]

Powered by CamScanner

ico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
89	Anual	09-05-24	Green Cross	V5052400	CDS Obrego Hospital María Auxiliadora	Diana Lizcano A. Aux. Enfermería C.C 1073.169 408	
	26 MAY 2025	INFLUENZA	GREEN CROSS	V5052500	VACUNACION MOSQUERA	Angela Patricia Pachón C.C. 1.031.126.735 Auxiliar Enfermería Diana Lizcano Enfermera Vacunadora C.C 39.772.562 RESOLUCION No. 4239 de 2004	
	21 ABR 2026	Influenza	Sinovac	V5052600	VACUNACION MOSQUERA		
	21 ABR 2026	FLUARMONIA	Sinovac	Beca	Hospital Cayetano Heredia		

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jenny Yolanda

Apellidos: Cruz Alarcon

Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál: -

No. 35.353292.

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 05 Año 1981

VACUNA	VIRUS	REFUERZO	REFUERZO	REFUERZO	
Salodo Sonrisa Escucha Piovtolin.	Salvanot ticrterca Soldiftis pemoirdis				

Hospital Maria Auxiliadora S.A.C. de Arequipa

Powered by CamScanner



Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - MOSQUERA

umanización
Hospital María Auxiliadora E.S.E de Mosquera

Certificado de vacunación

Nombre: JENNY YOHANNA

Apellido: DIAZ ALARCON

Área: APS

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Powered by CamScanner

ID	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
9	1	11 MAYO 2021	Sinovac	C202104054 FV: 12-04-24	Cafam	Yomara Fain	39768506
	2	08 JUN. 2021	Sinovac	202104004N	Cafam	YomaraGaviria	39768506
	1	01 DIC. 2021	Moderna	940875	Cafam Madrid	Uliano Casallo	1019003374

Powered by CamScanner

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

154 1.°

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Jenny Yolanda

Apellidos: Cruz Alarcon

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

No. 35353292

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 05 Año 1981

Powered by CamScanner

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ESTRATEGO IPS
Especialistas en Medicina Laboral



ESTRATEGO IPS SAS
NIT: 900981496-2

OSTEOMUSCULAR
Certificado de aptitud: 35353292-59855

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	11 may. 2024 - MADRID	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON	**Identificación:**	35353292
Género	FEMENINO **Edad:** 43	**Teléfono**	**Móvil:** 3115823736
Fecha Nacimiento:	1/05/1981	**Cargo:**	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	CR 1 D 5-30 CEREZOS 2	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	TÉCNICO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR		
		AREA: No Reporta	
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL	HABITOS DE VIDA SALUDABLES, IMC 27.47

CONCEPTO LABORAL

SIN PATOLOGIA APARENTE

Observaciones:

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO: EXAMEN PERIODICO OCUPACIONAL-PAUSAS ACTIVAS-HIGIENE POSTURAL-USO DE E.P.I.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

OSTEOMUSCULAR	ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTO DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO	PPyP

Información de Remisiones

NO

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de ESTRATEGO IPS S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de ESTRATEGO IPS S.A.S.. Además, certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Carmen Vergara R.
Especialista Salud Ocupacional
Res. 995 de 2021

Médico Especialista en Salud Laboral
CARMEN VERGARA R
- RES 995 / 2021

Yolanda Cruz

Firma y cédula del Paciente
JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON
35353292

Bogotá, Septiembre / 22 de 2026

Señor (a): JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON
CC. 35353292
CR 1D 5 30 SUR
MOSQUERA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Septiembre / 4 de 2025, y su estado afiliación es Activo como CONYUGE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

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:

JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **35.353.292,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302281529

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	02/10/2026 12:11:02

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
Nit	832010438	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO D	CL 2 2 E 38 CL 3 2 15 E	1206916

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)	3861001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CL 2 2 E 38 CL 3 2 15 E	MOSQUERA	Cundinamarca

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	35353292	CRUZ	ALARCON

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
JENNY YOLANDA	1/5/1981	CALLE 128 53A33 APTO 508 B

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
MOSQUERA	3115823	3115823736	yolanda_cruz_alarcon@hotmail.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
centro	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
Salud Total S.A. E.P.S.	2	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	2/2/2026	5900000

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
ADMINISTRATIVO	2/2/2026	31/12/2026	NO

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 02/10/2026 12:11:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302281529

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	
0	3200000	1750905	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Presencial	TURNOS

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3851001	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 02/10/2026 12:11:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302281529

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 100 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACIÓN PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS, QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 02/10/2026 12:11:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2026-07-21, 10:27:10 AM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: abril de 2026 Periodo Servicio: abril de 2026 Referencia pago (PIN): 8824256265

Fecha límite de pago: 2026-05-25

GUARDADA 26/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON				
Documento	CC35353292	Dirección	CR 1D #5 - 30		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115823736		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	MADRID	Departamento	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		Identificación			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerda realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evita posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades															Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días PRN	Días CAS	Días SLE	Días IGE	Días LMA	Días VAC	Días VCT	Días AVP	Días PRN	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Min Educación	Total
CC 35353292	CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA	56	00															0	30	30	0	0	0	0	0	0	COLPENSIONES	$ 1,750,805	$ 280,200	SALUD TOTAL EPS	$ 1,750,805	$ 210,800	COLMENA VIDA Y PENSIONES Riesgos Laborales	$ 1,750,805	$ 42,700	MADRIDNA DC07	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Aportes Universidades, Hospitales, Salitre	Aportes Universidades AFC	SUB TOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1,750,805	$ 1,750,805	$ 1,750,805	$ 0	$ 280,200	$ 0	$ 0	$ 210,800	$ 42,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541,800	$ 22,700	$ 564,500

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora: 15

Periodo cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888242562650000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998465884(8020)8824256265(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOVIRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVII – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente, Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4445634 - Cali: 602 5546577 - Medellín: 604 5146869 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 871 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

← Comprobante de pago

⊕ Pago realizado

Pago en
Sistema Integrado Multiple De Pagos

¿Cuánto?
$ 565.600,00

Fecha
23 de julio de 2026 a las 04:22 p. m.

Referencia
M14374776

Simple.

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2026-07-21, 10:28:17 AM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: mayo de 2026 Periodo Servicio: mayo de 2026 Referencia pago (PIN): 8824256267

Fecha límite de pago: 2026-06-23

GUARDADA 21/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON				
Documento	CC35353292	Dirección	CR 1D #5 - 30		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115823736		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	MADRID	Departamento	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		Identificación			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Días Cotizados	Salario Cotizado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días IRP	Salario IRP	Días SLN	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	Total
CC 35353292	CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA	30	$ 1.500.000	2														0	0	0	PORVENIR	$ 1.893.000	$ 68.400	SALUD TOTAL EPS	$ 684.000	$ 73.080	COLMENA VIDA Y PENSIONES PROFESIONALES	$ 342.000	$ 14.360	COMFANDI	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.169.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aporte FSP	Aportes FRS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes MEN Educación	Subtotal Sin Intereses	Total Intereses	TOTAL FINAL
$ 563.895	$ 563.895	$ 563.895	$ 0	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 73.080	$ 14.360	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.700	$ 3.800	$ 164.500

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora: 15

Periodo cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888242562670000000891231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8824256267(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOVIRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVII – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 8540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6645444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3616850 - Resto del País: 018000 871 871 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de la SIMPLE!

← Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Sistema Integrado Multiple De Pagos

¿Cuánto?
$ 185.000,00

Fecha
23 de julio de 2026 a las 06:21 p. m.

Referencia
M17872321

EPS'S CONVIDA
899.999.107-9
Carrera 58 # 9-97 Puente Aranda
PBX 426 9500 * FAX: Ext. 1121
BOGOTA D.C.

El suscrito Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Entidad Administradora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S CONVIDA

CERTIFICA

Que según la Información registrada en el aplicativo de contratación de la entidad, el (la) señor (a) CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA con C.C. No. 35353292 presta sus servicios como contratista con el contrato que se relaciona a continuación, el cual no constituye relación o vínculo laboral.

Nro. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Inicial	Valor Total
12011023312017	16/01/2017	31/08/2017	5.665.000,00	7.725.000,00

Objeto del Contrato:

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA ATENCION INTEGRAL A LOS USUARIOS EN EL MUNICIPIO DE MADRID CUNDINAMARCA O EN EL PUNTO QUE SE REQUIERA Y LE SEA ASIGNADO POR LA EPS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA DISPONIENDO DE UNA INFRAESTRUCTURA FISICA QUE PERMITA LA ADECUADA Y EFICAZ ATENCION DE LOS ADILIADOS Y COMUNIDAD QUE LOR EQUIERA

Se expide a los 31 días del mes de Agosto de 2018.

BERMUDEZ ESPINOSA MARIA VICTORIA
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboró: RODRIGUEZ VIVAS VICTOR R

CONVIDA

EPS'S CONVIDA
899.999.107-9
Carrera 58 # 9-97 Puente Aranda
PBX 426 9500 * FAX: Ext. 1121
BOGOTA D.C.

El suscrito Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Entidad Administradora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S CONVIDA

CERTIFICA

Que según la información registrada en el aplicativo de contratación de la entidad, el (la) señor (a) CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA con C.C. No. 35353292 presta sus servicios como contratista con el contrato que se relaciona a continuación, el cual no constituye relación o vínculo laboral.

Nro. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Inicial	Valor Total
12011024362018	03/07/2018	31/12/2018	6.953.054,00	6.953.054,00

Objeto del Contrato:

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA EPSS CONVIDA

Se expide a los 31 días del mes de Agosto de 2018.

BERMUDEZ ESPINOSA MARIA VICTORIA
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboró: RODRIGUEZ VIVAS VICTOR R

EPS'S CONVIDA
899.999.107-9
Carrera 58 # 9-97 Puente Aranda
PBX 426 9500
BOGOTA D.C.

El suscrito Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Entidad Administradora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S CONVIDA

CERTIFICA

Que según la información registrada en el aplicativo de contratación de la entidad, el (la) señor (a) CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA con C.C. No. 35353292 presta sus servicios como contratista con el contrato que se relaciona a continuación, el cual no constituye relación o vínculo laboral.

Nro. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Inicial	Valor Total
12011029262020	1/07/2020	31/12/2020	7.935.000,00	7.935.000,00

Objeto del Contrato:

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA BRINDAR ATENCION A LOS USUARIOSAFILIADOS A LA EPSS CONVIDA EN EL MUNICIPIO MADRID Y/O EL SEA ASIGNADO EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Se expide a los 14 días del mes de Diciembre de 2020.

GUZMAN PLAZAS RICHAR
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboró: RODRIGUEZ VIVAS VICTOR R

EPS'S CONVIDA
899.999.107-9
Carrera 58 # 9-97 Puente Aranda
PBX 426 9500
BOGOTA D.C.

El suscrito Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Entidad Administradora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S CONVIDA

CERTIFICA

Que según la información registrada en el aplicativo de contratación de la entidad, el (la) señor (a) CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA con C.C. No. 35353292 presta sus servicios como contratista con el contrato que se relaciona a continuación, el cual no constituye relación o vínculo laboral.

Nro. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Inicial	Valor Total
12011024852020	2/03/2020	30/06/2020	5.245.917,00	5.245.917,00

Objeto del Contrato:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA BRINDAR ATENCION A LOS USUARIOS AFILIADOS A LA EPSS CONVIDA EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT Y/O EL QUE SEA ASIGNADO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Se expide a los 14 días del mes de Diciembre de 2020.

GUZMAN PLAZAS RICHAR
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboró: RODRIGUEZ VIVAS VICTOR R

EPS'S CONVIDA
899.999.107-9
Carrera 58 # 9-97 Puente Aranda
PBX 426 9500
BOGOTA D.C.

El suscrito Jefe de Oficina Asesora Jurídica de la Entidad Administradora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-S CONVIDA

CERTIFICA

Que según la información registrada en el aplicativo de contratación de la entidad, el (la) señor (a) CRUZ ALARCON JENNY YOLANDA con C.C. No. 35353292 presta sus servicios como contratista con el contrato que se relaciona a continuación, el cual no constituye relación o vínculo laboral.

Nro. Contrato	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor Inicial	Valor Total
12011022122020	13/01/2020	29/02/2020	1.874.981,00	1.874.981,00

Objeto del Contrato:

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA BRINDAR ATENCION A LOS USUARIOS AFILIADOS A LA EPS"S CONVIDA EN EL MUNICIPIO DE MADRIDY/O EL QUE SEA ASIGNADO EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

Se expide a los 14 días del mes de Diciembre de 2020.

GUZMAN PLAZAS RICHAR
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboró: RODRIGUEZ VIVAS VICTOR R

Consecutivo No. 13

EL SUSCRITO COORDINADOR DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO Y SERVICIO AL ASOCIADO DE ASOCIADOS DEL GREMIO MEDICO COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
AGM Salud C.T.A
NIT. 900.267.502-7

CERTIFICA QUE:

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 79 del 1988, Ley 1233 de 2008 y el Decreto 4588 de 2006, las relaciones de trabajo asociado entre la cooperativa y sus asociados estarán reguladas por la legislación cooperativa, sus propios estatutos y regímenes, en consecuencia, a dichas relaciones no le son aplicables las normas de la legislación laboral ordinaria que regula el trabajo dependiente.

Una vez verificados los registros correspondientes al señor **Cruz Alarcon Jenny Yolanda** identificado con documento de identidad **No. 35353292** fue Asociado y Trabajador Asociado de **AGM Salud C.T.A** mediante Convenio de Asociación y Convenio de Trabajo Autogestionario realizando contribución de trabajo personal en calidad de **Gestor De Servicio Al Cliente Tipo II** en la Unidad Organizacional **SERVISALUD QCL** desde el **5 de Abril de 2021** hasta el **13 de Mayo de 2021**

La asociación fue por tiempo Indefinido; sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatuto y regímenes de la cooperativa.
La presente certificación se expide a los **21 días del mes de Enero de 2025** Para confirmar certificaciones y referencias favor marcar al teléfono (601) 7424232 Ext. 117.

Solidariamente,

Laura A Ruiz N

LAURA ALEJANDRA RUIZ NARANJO
COORDINADORA GESTIÓN DE TALENTO HUMANO Y SERVICIO AL ASOCIADO.
AGM Salud C.T.A

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
05	16/10/2024	Cambio del responsable de la firma de formalizaciones. Se actualiza la dirección de la sucursal de Barrancabermeja y se cambia título del documento.

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID- CUNDINAMARCA

C E R T I F I C A:

Que **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON,** Identificada con Cédula de Ciudadanía Número 35.353.292, presto sus servicios en la **E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE MADRID-CUNDINAMARCA,** vinculada por Contrato de Prestación de Servicios así:

Contrato No. 427 del **2021/05/30– 31/08/2021.** Por valor de **$6.571.400.00**
Contrato No. 624 del **2021/10/01– 30/11/2021.** Por valor de **$4.480.500.00**

PRESTACION DE SERVICIOS DE FACTURACION PARA LA E.S.E HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada.

Dada en Madrid Cundinamarca, a los catorce (14) día del mes de Octubre de dos mil veintidós (2022).

CARLOS EDUARDO COLMENARES HERNANDEZ
Subgerente Administrativo y Financiero

Elaboró: Patricia E- Asistente Administrativo.

EL SUSCRITO SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MARIA AUXILIADORA DE MOSQUERA

CERTIFICA

Que revisada la documentación que reposa en nuestros archivos se registra que el (la) señor (a) **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON** identificado con cedula de ciudadanía No. **35.353.292** ha suscrito con esta institución los Contratos de Prestación de Servicios relacionadas a continuación:

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS. No: 315 de 2024

OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA E.S.E DE MOSQUERA Y SUS SEDES ADSCRITAS
PLAZO DE EJECUCION:	CUATRO (04) MESES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO:	14 DE MAYO DE 2024
FECHA DE TERMINACION:	24 DE SEPTIEMBRE DE 2024
VALOR DEL CONTRATO:	$ 9.849.600

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS. No: 693 de 2024

OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA EJECUCIÓN DE CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS DE 2024, CELEBRADOS CON LA ALCALDÍA DE MOSQUERA, CUNDINAMARCA
PLAZO DE EJECUCION:	UN (01) MES Y QUINCE (15) DIAS
FECHA DE INICIO:	01 DE NOVIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACION:	15 DE DICIEMBRE DE 2024
VALOR DEL CONTRATO:	$ 4.800.000

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS. No: 305 de 2025

OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL PROGRAMA DOMICILIARIO DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA E.S.E Y SUS SEDES ADSCRITAS, EN EJECUCION DEL CONTRATO C-INTERAD-005-2025 CELEBRADO ENTRE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE MOSQUERA Y EL HOSPITAL MARIAAUXILIADORA E.S.E DE MOSQUERA
PLAZO DE EJECUCION:	NUEVE (09) MESES
FECHA DE INICIO:	14 DE MARZO DE 2025
FECHA DE TERMINACION:	16 DE DICIEMBRE DE 2025
VALOR DEL CONTRATO:	$.19.845.000

Para constancia se expide y firma a solicitud del interesado, el día 20 de enero de 2026.
Para verificar este documento comunicarse a través del correo gestionhumana@esemariaauxiliadora.gov.co

OSCAR JAVIER CHAVEZ CASTRO
SUBGERENTE

Proyecto y elaboro: Luz Dary Martínez Dueñas
VoBó: Wilmer Alexander Moreras Ramírez. – Líder Oficina de Talento Humano

Certificación
Bancaria

Martes, 22 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON identificado(a) con CC 35353292, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	38367223127	2024-05-08	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SDS-Cundinamarca
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2025-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON**

C.C: 35353292 DE MADRID CUNDINAMARCA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

SOPORTE VITAL BASICO

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 16 DEL MES DE ENERO DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SDSCO01622
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2021-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON**

C.C: 35353292 DE MADRID CUNDINAMARCA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 12 DEL MES DE ENERO DEL 2025 CONVIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SE06Cun983
SECRETARIA DE EDUCACION
T-0033-6469

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 18 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: *JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON*

C.C: 35353292 DE MADRID CUNDINAMARCA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA - IAMI

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
Nit: 901.364.935-1 AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 14 DEL MES DE ENERO DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

AJUDISP

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SDS-Cundinamarca
SECRETARIA DE EDUCACION
T-2021-6460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economia solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON**

C.C : 35353292 DE MADRID CUNDINAMARCA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
Nit: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 15 DEL MES DE ENERO DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Powered by CamScanner

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN

SE OTORGA A:

JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

Identificado con Documento de identidad No.

35353292

Por completar satisfactoriamente el curso de:

HUMANIZACIÓN



septiembre 24, 2026

Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

Hospital María Auxiliadora
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO MOSQUERA

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN

SE OTORGA A:

JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

Identificado con Documento de Identidad No.

35353292

Por completar satisfactoriamente el curso de:

MANEJO DE DUELO

septiembre 24, 2026



Dra. Juanita Corral Castillo
Gerente

Dra. Erika Lorena León Cuartas
Subgerente

VIGENCIA DOS AÑOS

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

AJUDISP

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
5806Cun062
SECRETARIA DE EDUCACION
T-2025-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaría de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON**

C.C: 35353292 DE MADRID CUNDINAMARCA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO BASICO DE

ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE AGENTES QUIMICOS

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
CC 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 13 DEL MES DE ENERO DEL 2025 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Powered by CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007822
SECRETARIA DE EDUCACION
E-2025-8460

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON

C.C 35353292 DE MADRID CUNDINAMARCA

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

CURSO VIRTUAL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
Nit: 901.364.935-1
AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012362780
Asociación AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 26 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

NIT. 901364935-1
SECRETARIA DE SALUD
SB06C007621
SECRETARIA DE EDUCACION
E 2023-6360

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano, avalado por secretaria de educación decreto 3616 de 2005 y 3100 del 2019

CERTIFICA:

QUE: **JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON**

C.C 35353292 DE MADRID CUNDINAMARCA

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO BASICO DE

INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN - DAFP

INTENSIDAD DE 40 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA CUNDINAMARCA A LOS DIAS 25 DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2026 CON VIGENCIA DE 2 AÑOS
AVALADO POR SECRETARIA DE EDUCACION Y SECRETARIA DE SALUD

Hospital María Auxiliadora	GESTION DE TALENTO HUMANO	Versión:	
		Fecha Publicación:	
	FORMATO DATOS BASICOS DE COLABORADORES	Código:	
		Página 1 de 1	

NOMBRE COMPLETO:	JENNY YOLANDA CRUZ ALARCON				FECHA:	24-sep-28			
CEDULA DE CIUDADANIA:	35353292	CIUDAD DE EXPEDICION:	MADRID		FECHA DE EXPEDICION:	12/05/1999			
FECHA DE NACIMIENTO:	1-may-81	LUGAR DE NACIMIENTO:	BOGOTA		EDAD:	45 AÑOS			
RH:	O+	TIPO DE VINCULACION:	PLANTA:	ESTADO CIVIL:	CASADO (A)	X	DIVORCIADO (A)		
GENERO:	FEMENINO		OPS: X		SOLTERO (A)		VIUDO (A)		
			OTRO:		UNIÓN LIBRE		OTRO ¿Cual?		
OCUPACIÓN:	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA		AREA:	SALUD					
CELULAR:	3115823736		GRUPO ÉTNICO:	NINGUNO					
			CORREO:	YOLANDA_CRUZ_ALARCON@HOTMAIL.COM					
DIRECCION RECIDENCIA:	CRA 1 D # 5 30 SUR		MUNICIPIO:	MADRID	BARRIO:	CEREZOS II			
COMPOSICION FAMILIAR CON LA QUE VIVE:	YEFFER QUEVEDO HERNANDEZ NICOLAS FELIPE QUEVEDO CRUZ ZAHARA CATALINA QUEVEDO CRUZ								
NOMBRE HIJOS:	NICOLAS FELIPE QUEVEDO CRUZ		EDAD:	22 AÑOS					
	ZAHARA CATALINA QUEVEDO CRUZ			19 AÑOS					
AFILIACIONES	EPS:	SALUD TOTAL	CAJA:						
	FONDO DE PENSION (AFP):	PORVENIR	ARL:						
ESTUDIOS TITULO:	BACHILLER Y/O TECNICO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA GRADO:	16/02/2016				
	PREGRADO								
	ESPECIALIZACIÓN								
	MAESTRIA								
	DOCTORADO								
NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	YEFFER QUEVEDO								
NÚMERO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:	3102239978								

TALLAS			
CAMISA	M	PANTALON	10
ZAPATOS	38	CHAQUETA	M

ELABORADO POR	Apoyo de Talento Humano: Luz Dary Martinez Bustos	REVISADO	Lider de Talento Humano: Jose Roberto Rodriguez Sanchez
REVISADO	Profesional de Apoyo de Calidad: Yamile Aranda	APROBADO	Lider de Calidad: Marcel Ribeiro Diaz Garay

Hospital María Auxiliadora	PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	Versión: 1 Fecha Publicación: 21 de julio de 2026 Código: FT-TH-05 Página 2 de 2	Nuestro Corazón a tu servicio
	ANEXO TÉCNICO CURSOS EXIGIDOS DE ACUERDO A NORMATIVIDAD VIGENTE		

CURSO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y VACUNADOR	ENFERMERO/A PROFESIONAL	MÉDICO GENERAL	MÉDICO CIRUJANO	MÉDICO PEDIATRA	MÉDICO FAMILIAR	MÉDICO GINECÓLOGO	MÉDICO INTENSIVISTA	MÉDICO INTERNISTA	MÉDICO ORTOPEDISTA	MÉDICO RADIÓLOGO	MÉDICO OCUPACIONAL	MÉDICO GASTROENTERÓLOGO	MÉDICO NEFRÓLOGO	MÉDICO NEUROLOGO	MÉDICO ANESTESIÓLOGO	TECNÓLOGO IMÁGENES DIAGNOSTICAS	FISIOTERAPEUTA	TERAPEUTA RESPIRATORIA	FONOAUDIÓLOGA	NUTRICIONISTA	ODONTOLOGÍA	OPTÓMETRA	PSICOLOGÍA	CARGOS ADMINISTRATIVOS
Soporte Vital Básico	X																	X	X						
Soporte Vital Avanzado		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
PALS Pediátrico					X																				
Certificado de Formación en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Carnet de Protección Radiológica				X						X	X						X					X			
Cuidado Paliativo													X			X									
Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue			X	X	X	X			X																
Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI			X	X	X	X																			
Certificado PAI, Inmunobiológicos (Vacunador)	X																					X			
Curso VIH			X	X	X	X	X																		
Curso IAAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso Seguridad del Paciente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso de Humanización	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso Manejo del Duelo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Curso de Agentes Químicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X			
Cursos de (GPC) Guías de Práctica clínica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X			

Curso Cuidado del Donante de Órganos (Médicos y Especialistas) (Institución avalada por el Instituto Nacional de Salud) Link de acceso para validar Donante de Órganos https://apps.ins.gov.co/trasplantes/frm/ofertante/listadoofertantespublico			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Curso POCT (Toma de pruebas en punto de atención)			X	X														X	X							
Toma de Muestras de Laboratorio Clínico																			X							
Diplomado UCI (Si presta servicio en el Área)									X										X	X						
Curso MIPG - DAFP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción - DAFP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso Código de Ética, Integridad y Buen Gobierno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Curso de Inducción y Reinducción	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Vigencia de los cursos: Se verifica conforme a lo establecido en el certificado. Si este no especifica un periodo de validez, se asumirá una vigencia de un (1) año desde su fecha de expedición.

El / la Líder de Gestión Estratégica del Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio magnético o en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.

Firma Líder del proceso de Gestión Estratégica del Talento Humano: