



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Alarcón</u>		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Gonzalez</u>		NOMBRES <u>Rosmita.</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>23376625</u>			SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> <u>Colombia</u>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>26</u> MES <u>08</u> AÑO <u>1976</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CRA 1N° 2-64</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>			PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Soyacá</u>		
DEPTO <u>Soyacá</u>			MUNICIPIO <u>Buenavista</u> <u>alarconrosmita11</u>		
MUNICIPIO <u>Buenavista</u>			TELÉFONO <u>313243489</u> EMAIL <u>@mail.com.</u>		

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	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	<input checked="" type="checkbox"/>	10	11	MES	AÑO
											<u>12</u>	<u>1995</u>

EDUCACION 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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>Techico</u>	<u>3</u>	<input checked="" type="checkbox"/>		<u>Auxiliar de enfermería</u>	<u>08</u>	<u>2010</u>	<u>7722.</u>

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Ese santa Isabel Buenavista	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO Buenavista		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esebuenavista@hotmail.com
TELÉFONOS 3105628168	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA pic		DIRECCIÓN Calle 3-1-24
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Centro Medico del doctor Alvaro O	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO Buenavista		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 3219340044	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 11 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Auxiliar de ortodoncia		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Centro Medico del doctor Alvaro O	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO Buenavista		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 3144265550	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 10 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 11 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Auxiliar de odontología		DIRECCIÓN
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Centro Medico del doctor Alvaro O	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO Buenavista		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 321885082	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 10 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 04 MES 11 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Auxiliar de laboratorio		DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Mediseisom	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Chiquinquirá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.mediseisom.com.co	
TELÉFONOS 7264609	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Auxiliar de laboratorio	DIRECCIÓN Carrera 8 N12-13.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD centro de salud santa isabel	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Buenavista.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esebuenavista@hotmail.com	
TELÉFONOS 3105628168	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 05 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 08 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Aux de laboratorio.	DIRECCIÓN Calle 3-1-24.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ESA Centro de salud Santa Isabel	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Buenavista	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esebuenavista@hotmail.com	
TELÉFONOS 3105628168	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 01 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 04 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA PST-	DIRECCIÓN calle 3-1-24.	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Ese centro de salud Santa Isabel	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Buenavista.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3105628168.	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 03 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN calle 3-1-24	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Ese centro de salud santa Isabel x	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esebuenavista@hotmail.com
TELÉFONOS 3105628168	FECHA DE INGRESO DÍA 05 MES 05 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA PST		DIRECCIÓN Calle 3-1-24.
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Ese centro de salud santa Isabel x	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO Buenavista.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esebuenavista@hotmail.com
TELÉFONOS 3105628168	FECHA DE INGRESO DÍA [] MES [] AÑO [] [] []		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2013.
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA PST		DIRECCIÓN Calle 3-1-24.
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Ese centro de salud santa Isabel x.	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esebuenavista@hotmail.com
TELÉFONOS 3105628168.	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 05 AÑO 2012		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2012.
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA APS		DIRECCIÓN Calle 3-1-24.
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Ese centro de salud santa I	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia.
DEPARTAMENTO Boyaca	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS 3105628168	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 04 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 07 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA APS		DIRECCIÓN Calle 3-1-24

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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 _____

COLOMBIA COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.376.625

ALARCON GONZALEZ

APELLIDO ROSMIRA

INDICES



REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1976

BUENAVISTA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

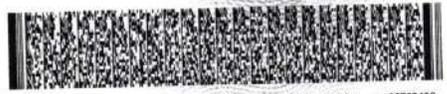
ESTATURA 1.60 O+ F
G.S. RH SEXO

23-OCT-1995 BUENAVISTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0703100-00129706-F-0023376625-00081110 00063709698A 1 23766423

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 221763867



WEB

08:45:32

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de abril del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ROSMIRA ALARCON GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 23376625:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División de Relacionamiento con el Ciudadano.
Línea gratuita 018000910315; quejas@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.



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 25 de abril de 2023, a las 08:46:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	23376625
Código de Verificación	23376625230425084631

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.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:35:21 AM horas del 25/04/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 23376625

Apellidos y Nombres: **ALARCON GONZALEZ ROSMIRA**

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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.

Atención administrativa: Lunes a Viernes

8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm

Línea de atención al ciudadano: 51E9700 ext.

30552 (Bogotá)

Resto del país: 018000 910 112

E-mail: dijin.araio-sto@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario

14146563651



(415)7707212489984(8020) 0000014146563651

5. Número de identificación Tributaria (NIT): 2 3 3 7 6 6 2 5 - 0
6. DV 0
12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida	25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía	26. Número de identificación: 2 3 3 7 6 6 2 5	27. Fecha expedición: 1 9 9 5 1 0 2 3
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País: 1 6 9	29. Departamento: Boyacá	30. Ciudad/Municipio: Buenavista
31. Primer apellido ALARCON	32. Segundo apellido GONZALEZ	33. Primer nombre ROSMIRA	34. Otros nombres 1 0 9
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			

UBICACION

38. País: COLOMBIA	39. Departamento: Boyacá	40. Ciudad/Municipio: Buenavista
41. Dirección CR 3 5 15		
42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo:	44. Teléfono 1: 3 1 3 3 2 4 3 4 8 9
		45. Teléfono 2: 3 1 4 4 3 3 5 0 4 8

CLASIFICACION

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código: 8 5 1 5	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 1 1 0 3 3 0	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1 2	51. Código: 5 1 3 2
52. Número establecimientos					

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
	2	0																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55. Forma:	56. Tipo:	Servicio	1	2	3					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Modo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		58. CPC:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 1 0 3 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

ESPAÑOL CUBIDES CESAR HERNANDO

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

ESPAÑOL CUBIDES CESAR HERNANDO

984. Nombre ESPAÑOL CUBIDES CESAR HERNANDO

985. Cargo: Gestor I

REPÚBLICA DE COLOMBIA



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

Acuerdo 14/96 Ministerio de Salud
Res. 1173/96 - 2335/96 - 3110/96 de la
Secretaría de Educación de Boyacá

EN ATENCIÓN A QUE

Rosmira Alarcón González

C.C. 23.376.525 de Buenavista

CURSÓ Y APROBÓ LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ LOS DEMÁS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
POR EL INSTITUTO, LE CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL EN EL ÁREA DE

Auxiliar de Enfermería

DADO EN LA CIUDAD DE CHIQUINQUIRÁ, EL DÍA 21 DE AGOSTO DE 2010
INTENSIDAD HORARIA 1.800 HORAS TEÓRICO - PRÁCTICAS



Doris Cecilia Castro de Jiménez
DIRECTORA

LIBRO DE REGISTRO No. 1
FOLIO No. 74
FECHA: Chiquinquirá 21 de Agosto de 2010

No. 10346



RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN

FORMATO

VERSIÓN: 0

CÓDIGO: SS-P12-F01

FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1722 DE

24 SEP 2010

Por la cual se Registra un Certificado
EL SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA
en ejercicio de la delegación conferida por la
resolución No 08211 del 15 de junio de 1989
emanada del Ministerio de Salud, y ;

CONSIDERANDO:

Que ROSMIRA ALARCON GONZALEZ , identificada con Cédula de Ciudadanía Número 23.376.625 expedida en Buenavista, ha solicitado el registro de su certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR DE ENFERMERIA que le otorgó EL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA de la ciudad de Chiquinquirá el día 21 de Agosto de 2010 .

Que dicho título se encuentra registrado en EL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA , Libro de Registro N°1 , Folio N°74 , Registro No xxxx , Diploma N°1026 .

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de aptitud ocupacional como AUXILIAR DE ENFERMERIA que autoriza a ROSMIRA ALARCON GONZALEZ para ejercer dicha ocupacion en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de expedición.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los,

24 SEP 2010


LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.

Elaboro: Rosa Maria Mesa



Instituto Universitario de Colombia

Auxiliares en Enfermería

Acuerdo 14 de 1996 MINISTERIO DE SALUD
Resolución 2335 y 3110 de Secretaría de Educación Departamental

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

Dirección: Calle 17 N° 6 – 69 Vía Peatonal Chiquinquirá – Boyacá

Jornada: Diurna **Teléfono:** 7260286.

En la ciudad de **CHIQUEQUIRÁ** a los **VEINTIÚN (21)** días del mes de **AGOSTO** del año dos mil diez (**2010**). Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último semestre, los suscritos Rector(a) y Secretario(a), en la Rectoría del **INSTITUTO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA**. Institución aprobada según Acuerdo Ejecutivo No. 14 del **MINISTERIO DE SALUD** y Resoluciones N° 1173 – 3110 y 2335 de 1.996 emanadas de la **SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOYACÁ**, para otorgar el certificado de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1.800 horas **TEÓRICO-PRÁCTICAS**.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron, el mencionado Programa, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA** a: **ALARCON GONZALEZ ROSMIRA** identificada con Cédula de Ciudadanía N° **23.376.625** expedida en **BUENAVISTA - BOYACÁ**.

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° **25** de fecha **VEINTIUNO (21)** de **AGOSTO** de **2010**, que consta de **74** alumnos graduados, comienza con el nombre de **ROSMIRA ALARCON GONZALEZ** y se cierra con el nombre de **NIDYA CONSUELO ZAPATA CRUZ**

Firmada y Sellada por

Director(a) **DAYANA PAOLA CASTRO DE JIMÉNEZ** y Secretario(a) **ANA BARRAZA CASTRO**. Dada en Chiquinquirá a los **VEINTIÚN (21)** días del mes de **AGOSTO** del **2010**.

En constancia se firma la presente, por quienes por ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado.


Director (a)

C.C. No. 22.741.001 de Barranquilla


Secretario (a)

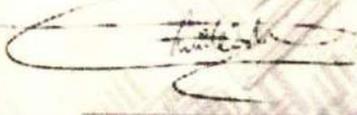
C.C. No. 37.314.465 Ocaña – N. de Sant.

**SESALUB**
Secretaría de Salud de Boyacá

Inscripción Departamental No. 6111
ROSMIRA ALARCON GONZALEZ
C.C. de **23376625 BUENAVISTA**
Registro Profesional
1722 S.BOYACA-24/09/2010
Titulo Profesional
AUXILIAR DE ENFERMERIA

**SESALUB**
Secretaría de Salud de Boyacá
LA SALUD. Para seguir creciendo

Este registro es documento público y se otorga de conformidad según decreto _____ del mes _____ de _____


Firma Secretario SESALUB

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Bsmira**

Apellidos: **Alarcon Gonzalez**

Documento de identidad: C.C. N.I. Pasaporte FEP otro cual:

No. **23376625**

Fecha de nacimiento: Día **26** Mes **08** Año **1976**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	23-3-2021	SINOVAC	E20 210 2011	ESE Buenavista	JEFE SONIA MENDOZA	1053334098
	2	22-4-2021	SINOVAC	L20 210 2006	ESE Buenavista	SONIA MENDOZA	1053334098
		17-12-2021	Moderna	005 H21A	ESE Buenavista	SONIA MENDOZA	1053334098

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12-04-08	0430042	DANIELA
	2	24-05-08	0430042	DANIELA
	3	05-07-08	0430042	DANIELA

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Flebre Amarilla	21/10/08	092VF0089		JCFE VEEY
Contra Influenza	29-11-12	1203101		Miryam M.
	19-6-13	1307501		Miryam M.
	08-5-13	1301046		Lina Casanova
Otras				
UPH	16-09-11	105613		Estelencio Gutierrez

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Rosmira**
 Apellidos: **Alarcón González**
 Documento de Identidad: CC TI PASA PORTE No. **23'376.625**
 Fecha de Nacimiento: Día: **26** Mes: **08** Año: **1976**

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

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

HLNJ 050610
 SUSANA HERNANDEZ SUAREZ
 SUBSECRETARÍA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA
 C.M. 1.016.399

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Rosmira**
 Apellidos: **Alarcón**
 Documento de Identidad: CC TI PASA PORTE No. **23 376.625**
 Fecha de Nacimiento: Día: **26** Mes: **08** Año: **1976**



**INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD
"SAN LUIS"**

Antes
Instituto Universitario de Colombia

Acuerdo No. 123 del 23 de Diciembre de 2008. Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.
Resolución 003899 del 07 de Diciembre de 2009 a la
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE BOYACÁ

CERTIFICA QUE:

Rosmira Alarcón González
C.C. No. 23.376.625 de Buenavista - Boyacá

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE REANIMACIÓN CEREBRO CARDIOPULMONAR
BLS (Soporte básico de vida)
con una intensidad de 24 Horas**

Dado en Chiquinquirá, el día diecisiete (17) del mes de mayo del año dos mil catorce (2014)



Lina Constanza Díaz Moreno

Lina Constanza Díaz Moreno
Coordinadora Académica
R.P. No. 20313

Dr. Fernando Antonio Arrieta Mejía

Dr. Fernando Antonio Arrieta Mejía
Instructor BSL
R.M. No. 15233

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ

HACEN CONSTAR QUE:

Rosmira Alarcón González

c.c. 23376625

Asistió a la Jornada de Fortalecimiento de Capacidades en

PLAN INTEGRAL *Cuidado de familias*

dirigida a equipos básicos de las ESE municipales, los días 05-06 del mes de Abril de 2021.
Con una intensidad de 12 horas



MONICA MARIA LONDOÑO FORERO

Directora Técnica de Promoción y Prevención en Salud



Boyacá

Secretaría de Salud

Avanza

Boyacá
Prácticas
para un buen vivir



otorga el siguiente

CERTIFICADO

Rosmira Alarcon Gonzalez

Por haber aprobado satisfactoriamente el curso de **Manejo de la vacunación contra el COVID-19 en Colombia**, realizado en modalidad teórica práctica bajo metodología Mastery Learning, para un total de **48 horas** de educación continua.

Para constancia se firma en la ciudad de Manizales el 23 de Febrero del 2021.



FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

Sebastian Alba Ospina, MD - Director Ejecutivo Revive E.M.I
MBA Universidad de EAFIT - Máster Health And Medical Simulator
Instructor - American Heart Association - CEO Infusiones



NIT. 826.002.947-5

LA SUSCRITA GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA COOPERATIVA
DE TRABAJO ASOCIADO
"SERVILABORAL C.T.A."

HACE CONSTAR QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al(a) señor(a) ROSMIRA ALARCON GONZALEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 23.376.625, estuvo como trabajador(a) asociado(a) mediante acuerdo cooperativo según las disposiciones establecidas en el decreto 4588 de 2006 y la ley 1233 de 2008, contribuyendo con su capacidad de trabajo como AUXILIAR DE ENFERMERIA, en la empresa cliente: E.S.E CENTRO DE SALUD BUENAVISTA, en los siguientes periodos:

- Desde el nueve (09) de Abril de 2011 al quince (15) de Julio de 2011
- Desde el primero (01) de Mayo de 2012 al treinta y uno (31) de Mayo de 2012

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos.

Esta constancia se expide en Duitama a solicitud del interesado(a) a los primeros (01) días del mes de Junio de dos mil doce (2012), con destino a HOJA DE VIDA.

Cordialmente,


SERVILABORAL C.T.A.

NANCY FABIOLA GUTIERREZ C.
GERENTE

c.c Archivo



ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL
NIT: 820003550-8 COD: 151090686

**La suscrita gerente de la Empresa Social del Estado Centro de
Salud Santa Isabel-Buenavista**

CERTIFICA

Que **ROSMIRA ALARCON GONZALEZ** identificado con C.C No **23376625** de Buenavista laboro en esta institución mediante contrato de prestación de Servicios desde el día 05 de Mayo al 31 de Diciembre del año 2014 , en el cargo de auxiliar de enfermería realizando visitas familiares domiciliarias contempladas en el Plan de Salud Territorial año 2014.

La presente certificación se expide por solicitud del interesado.


DEGNY AZUCENA MURCIA GONZALEZ
Gerente
ESE SANTA ISABEL BUENAVISTA

Calle 3 N1-24
Correo: esebuenavista@hotmail.com
Teléfono: 8024517-3114628388
Teléfono: 8024517-3114628388
Fax: 098 8024529
Fax: 098 8024529



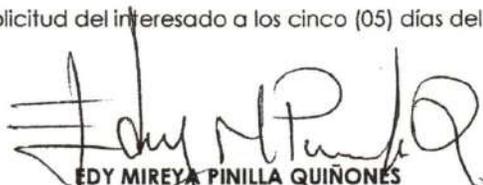
MUNDO SALUD CON PROMOCION & VIDA LTDA
NIT 820004563

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL, EDY MIREYA PINILLA QUIÑONES
MUNDO SALUD CON PROMOCIÓN Y VIDA, NIT. 820004563

CERTIFICA QUE:

La señora **ROSMIRA ALARCÓN GONZÁLEZ**, identificada con C.C No. **23.376.625**, prestó sus servicios para esta empresa bajo la modalidad de Contrato a término fijo como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA** en la ESE Santa Isabel del Buenavista, desde el 01 de enero de 2016 hasta el 30 de abril de 2016, ejerciendo las siguientes funciones: 1. Realizar acciones de enfermería de baja y mediana complejidad asignadas, según las normas y plan de acción de enfermería en la institución, con el objeto de apoyar las actividades misionales de la entidad. 2. Instruir al paciente y a la familia en el proceso de rehabilitación a seguir, de acuerdo con las recomendaciones médicas. 3 Realizar acciones educativas sobre aspectos básicos de salud y promoción de la misma, a fin de disminuir los riesgos de enfermedad en la población. 4. Realizar actividades recreativas y ocupacionales con los pacientes, con el objeto de elevar el estado de ánimo del mismo y procurar su mejoría. 5 Diligenciar los registros estadísticos pertinentes a su cargo, a fin de mantener un adecuado sistema de información. 6 Presentar informes requeridos sobre la ejecución de las actividades realizadas por trimestre 7 Realizar visitas SICAPS por vereda, según cronograma de visitas. 8 Apoyar y ejecutar las actividades de los diferentes proyectos contemplados en el plan de salud territorial año 2013. 9 participar activamente en los COVES institucionales y demás reuniones en las cuales sea necesaria su presencia. 10 Realizar disponibilidades cuando el médico así lo requiera, a fin de cumplir con el propósito de la institución. 11 conocer, divulgar y aplicar las políticas institucionales sobre la plataforma estratégica, políticas de calidad, normas de bioseguridad, código de ética y plan operativo institucional. 12 Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la institución que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.

La presente se expide a solicitud del interesado a los cinco (05) días del mes de mayo de 2016.



EDY MIREYA PINILLA QUIÑONES
Representante Legal



CERTIFICACION LABORAL

El suscrito Representante Legal de **MEDISERSUM C&P S.A.S** certifica que la Señora **ROSMIRA ALARCON GONZALEZ**, identificada con C.C. N° 23.376.625 de Buenavista (Boyacá), trabajó en esta institución desempeñando el cargo de Auxiliar de Laboratorio desde el día 01 de Febrero hasta el 25 de Noviembre de 2017.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Noviembre de 2018.

Cordialmente,

IBETH MILENA PARRA CARO
SUB GERENTE
MEDISERSUM C&P S.A.S



Dra. Luz María Londoño Estrada
Odontóloga
C.O.C
Reg: 51754723

CERTIFICACION LABORAL

El consultorio odontológico LUZ MARIA LONDOÑO ESTRADA, certifica que la señora ROSMIRA ALARCON GONZALEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 23.376.625 de Buenavista Boyacá, trabaja en el consultorio odontológico ubicado en transversal 4 # 2-84 segundo piso, del Municipio de Buenavista Boyacá; desempeñando el cargo de Auxiliar de Odontología, desde el día 15 de octubre de 2018 hasta la fecha.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 02 días del mes de noviembre de 2019.

Cordialmente,

 Luz María Londoño
Estrada - Odontóloga
C.O.C
Reg. 51754723

Luz María Londoño E.

LUZ MARIA LONDOÑO ESTRADA

C.C No. 51.754.723 de Bogotá

Odontóloga



CERTIFICACION LABORAL

Yo, CAROLINA HIGUERA PULIDO Ortodoncista, por medio de la presente certifico que la señora **ROSMIRA ALARCON GONZALEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 23.376.625 de Buenavista Boyacá, trabaja en este lugar; desempeñando el cargo de Auxiliar de Ortodoncia, desde el día 10 de febrero de 2019 hasta la fecha.

La presente se expide a solicitud del interesado a los veinte cinco (25) días del mes de febrero del año 2020.

Cordialmente:

CAROLINA HIGUERA PULIDO

C.C No. 52.810.373

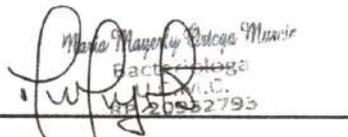
Ortodoncista

CERTIFICACION LABORAL

El laboratorio Clínico de la Doctora Mayerly Ortega, Certifica que la señora **ROSMIRA ALARCON GONZALEZ**, Identificada con Cedula de Ciudadanía No 23.376.625 de Buenavista Boyacá, trabaja en este lugar; desempeñando el cargo de Auxiliar de Laboratorio, desde el día 15 de Octubre del 2018 hasta la fecha.

La presenta se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Noviembre del año 2019.

Cordialmente:


María Mayerly Ortega Murcia
Bacterióloga
C.C. No 20.932.793

María Mayerly Ortega Murcia

C.C No 20.932.793

Bacterióloga.



E.S.E. SANTA ISABEL BUENAVISTA
BUENAVISTA-BOYACA
NIT 820.003.550-8 COD 1510900686

El suscrito Gerente de la ESE Centro de Salud Santa Isabel del Municipio de Buenavista-Boyacá, **EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 52.262.843 expedida en Bogotá D.C, en ejercicio de las facultades para contratar y en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y el decreto 1510 de 2.013

HACE CONSTAR QUE

Que una vez revisados los archivos que reposan en la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA - BOYACA**, se verificó que **LA AUXILIAR DE ENFERMERIA, ROSMIRA ALARCON GONZALEZ**, Identificada con Cédula de Ciudadanía, N° **23.376.625** Expedida en Buenavista – Boyacá, ejecutó un contrato prestación de servicios N° **014-2020**, desde el día 20 de abril del 2020 al 20 de Diciembre del 2020, Así:


EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA
Gerente

Calle 3 N° 1-24
Telefax: (098) 8024517- 8024529
Email: **esebuenavista@hotmail.com**



E.S.E. SANTA ISABEL BUENAVISTA
BUENAVISTA-BOYACA
NIT 820.003.550-8 COD 1510900686

El suscrito Gerente de la ESE Centro de Salud Santa Isabel del Municipio de Buenavista-Boyacá, **EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 52.262.843 expedida en Bogotá D.C, en ejercicio de las facultades para contratar y en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y el decreto 1510 de 2.013

HACE CONSTAR QUE

Que una vez revisados los archivos que reposan en la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA - BOYACA**, se verificó que LA **AUXILIAR DE ENFERMERIA, ROSMIRA ALARCON GONZALEZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía, N° **23.376.625** Expedida en Buenavista – Boyacá, ejecutó un contrato prestación de servicios N° **033-2021**, desde el día 01 de Agosto del 2021 al 30 de Diciembre del 2021, Así:

CONTRATANTE	E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA
NIT:	820003550-8
CONTRATISTA	ROSMIRA ALARCON GONZALEZ , Identificada con Cédula de Ciudadanía, N° 23.376.625 Expedida en Buenavista Boyacá.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO RELACIONADO CON LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA – BOYACA.
VALOR TOTAL	SEIS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$ 6.750. 000. 00) M/te
FECHA DE INICIACION	01 de Agosto de 2021
PLAZO	El futuro contrato tendrá un plazo de ejecución de Cinco (05) meses contados a partir de la fecha de inicio del mismo, una vez se cumplan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.


EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA
Gerente

Calle 3 N° 1-24
Telefax: (098) 8024517- 8024529



**E.S.E. SANTA ISABEL BUENAVISTA
BUENAVISTA-BOYACA
NIT 820.003.550-8 COD 1510900686**

El suscrito Gerente de la ESE Centro de Salud Santa Isabel del Municipio de Buenavista-Boyacá, **EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 52.262.843 expedida en Bogotá D.C, en ejercicio de las facultades para contratar y en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y el decreto 1510 de 2.013

HACE CONSTAR QUE

Que una vez revisados los archivos que reposan en la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA - BOYACA**, se verificó que **LA AUXILIAR DE ENFERMERIA, ROSMIRA ALARCON GONZALEZ**, Identificada con Cédula de Ciudadanía, N° **23.376.625** Expedida en Buenavista – Boyacá, ejecutó un contrato prestación de servicios N° **015-2021**, desde el día 01 de febrero del 2021 al 30 de Junio del 2021, Así:

CONTRATANTE	E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA
NIT:	820003550-8
CONTRATISTA	ROSMIRA ALARCON GONZALEZ , Identificada con Cédula de Ciudadanía, N° 23.376.625 Expedida en Buenavista Boyacá.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO RELACIONADO CON LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION, ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENAVISTA - BOYACA .
VALOR TOTAL	OCHO MILLONES CIENTO MIL PESOS (\$ 8.100. 000. 00) M/te.
FECHA DE INICIACION	01 de Febrero de 2021
PLAZO	El futuro contrato tendrá un plazo de ejecución de Seis (06) meses contados a partir de la fecha de inicio del mismo, una vez se cumplan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.


EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA
Gerente

Calle 3 N° 1-24
Telefax: (098) 8024517- 8024529
Email: esbuenavista@bcbm.com



E.S.E. SANTA ISABEL BUENA VISTA
BUENA VISTA-BOYACA
NIT 820.003.550-8 COD 1510900686

El suscrito Gerente de la ESE Centro de Salud Santa Isabel del Municipio de Buenavista-Boyacá, **EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 52.262.843 expedida en Bogotá D.C, en ejercicio de las facultades para contratar y en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y el decreto 1510 de 2.013

HACE CONSTAR QUE

Que una vez revisados los archivos que reposan en la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENA VISTA - BOYACA**, se verificó que **LA AUXILIAR DE ENFERMERIA, ROSMIRA ALARCON GONZALEZ**, Identificada con Cédula de Ciudadanía, N° **23.376.625** Expedida en Buenavista – Boyacá, ejecutó un contrato prestación de servicios **N° 024-2023**, desde el día 09 de Julio del 2022 al 15 de Diciembre del 2022, Así:

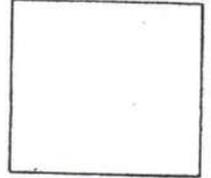
CONTRATANTE	E.S.E. CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENA VISTA
NIT:	820003550-8
CONTRATISTA	ROSMIRA ALARCON GONZALEZ , Identificada con Cédula de Ciudadanía, N° 23.376.625 Expedida en Buenavista Boyacá.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO RELACIONADO CON LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA Y ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL, PARA LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL DE BUENA VISTA – BOYACA.
VALOR TOTAL	DIEZ MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL PESOS (\$ 10.125.000. 00) M/te
FECHA DE INICIACION	09 de Julio de 2022
PLAZO	El futuro contrato tendrá un plazo de ejecución de CINCO (5) MESES Y QUINCE DIAS (15) , contados a partir de la fecha de inicio del mismo, una vez se cumplan los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.


EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA
Gerente

Calle 3 N° 1-24
Telefax: (098) 8024517- 8024529
Email: esebuenavista@hotmail.com



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVISTA
NIT: 820003550-8 COD: 151090686
Telefax: 098 7265264



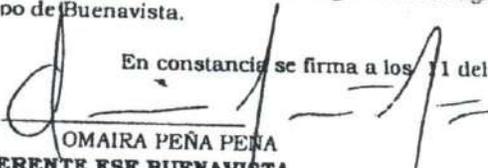
CERTIFICA QUE:

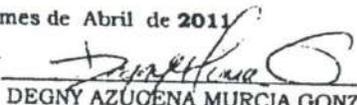
ROSMIRA ALARCON GONZALEZ

Identificada con C.C. N° 23376625

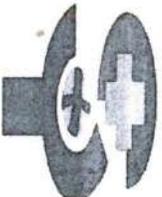
Asistió a la actualización en toma de citología cervico vaginal realizado el día 11 de Abril del año 2011, en el municipio de Buenavista.

En constancia se firma a los 11 del mes de Abril de 2011


OMAIRA PEÑA PEÑA
GERENTE ESE BUENAVISTA


DEGNY AZÚCENA MURCIA GONZALEZ
ENFERMERA

Este certificado tiene validez por un (1) año a partir de la fecha de expedición, al cabo del cual deberá presentarse una nueva fase de capacitación.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVISTA

NIT: 820003550-8 COD: 151090686

CERTIFICA QUE:

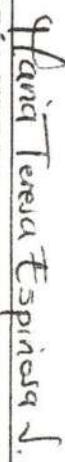
ROSMIRA ALARCON GONZALEZ

Identificada con C.C. N° **23376625**

Asistió a la actualización en la administración de inmunobiológicos y norma técnica PAI realizado el día 23 de Agosto del año 2013, en el municipio de Buenavista.

En constancia se firma a los **23 días** del mes de Agosto de **2013**


DEGENY AZUCENA MURCIA
GERENTE ESE BUENAVISTA


MARÍA TERESA ESPINOSA SIERRA
ENFERMERA

Este certificado tiene validez por un (1) año a partir de la fecha de expedición, al cabo del cual deberá presentarse una nueva fase de capacitación.

Certifica que:

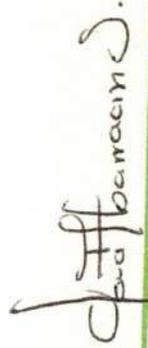
ROSMIRA ALARCON GONZALEZ

Identificado con c.c. 23.376.625 de Buenavista

Participo en la capacitación «juntos por una vida sin tuberculosis y VIH,» con intensidad de 8 horas, realizado el día 11 de Diciembre de 2020, en la E.S.E. Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista- Boyacá.



Dra. EDITH BALLESTEROS PEÑA
Gerente de la E.S.E Centro de Salud Santa Isabel
de Buenavista-Boyacá



LAURA XIMENA ALBARRACIN SUAREZ
Bacterióloga y Laboratorista Clínica.



SISTEMA INTEGRAL DE EMERGENCIAS

S.I.E.M.

N.I.T. 830. 067.206 - 1

CERTIFICA QUE :

ROSMIRA ALARCON GONZALEZ
C.C. 23.376.625

Ha completado satisfactoriamente el curso - taller de entrenamiento **SOPORTE VITAL BASICO** con una intensidad de (20) veinte horas, basado en los requerimientos de la resolución 1043 de 2006 del Ministerio de Protección Social


ROLANDO TORRES AGUILERA
DIRECTOR


ANNY GONZALEZ PEÑA
ASISTENTE ADMINISTRATIVA

BOGOTA D.C. 09 Y 10 DE SEPTIEMBRE DE 2010



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVIDA

NIT: 820003550-8 COD: 151090686
Telefax: 0388024529

CERTIFICA QUE:

ROSMIRA ALARCON GONZALEZ

Identificada con C.C. N° **23376625**



Asistió a la actualización en la norma técnica de vacunación realizado el día 6 de Julio del año 2011, en el municipio de Buenavista.

En constancia se firma a los 6 días del mes de Julio de **2011**


OMAIRA PEÑA PEÑA
GERENTE ESE BUENAVIDA


DEGNY AZUCENA MURCIA GONZALEZ
ENFERMERA

Este certificado tiene validez por un (1) año a partir de la fecha de expedición, al cabo del cual deberá presentarse una nueva fase de capacitación.